

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN - TACNA

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Enfermería

DETECCIÓN DE SIGNOS DE ALARMA DEL TRASTORNO
DEL ESPECTRO AUTISTA EN NIÑOS MENORES DE
36 MESES, C.S. SAN FRANCISCO, TACNA - 2017

TESIS

Presentada por:

Bach. Leandra Karina Mamani Choque

Para optar el Título Profesional de:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

TACNA - PERÚ

2018

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN-TACNA

Facultad Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Enfermería

DETECCIÓN DE SIGNOS DE ALARMA DEL TRASTORNO
DEL ESPECTRO AUTISTA EN NIÑOS MENORES DE
36 MESES, C.S. SAN FRANCISCO, TACNA - 2017

TESIS

Presentada por:

BACH. LEANDRA KARINA MAMANI CHOQUE


Para optar el Título Profesional de:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA


Aprobado por Unanimidad ante el siguiente jurado.



Dra. Victoria Nora Vela de Córdoba
PRESIDENTA



Dra. Elizabeth B. Huerta Tovar
VOCAL



Lic. Jenny C. Mendoza Rosado
SECRETARIA



Mgr. Luz Marina Ticona Pajares
ASESORA

DEDICATORIA

A Dios por brindarme la oportunidad y la dicha de la vida, por ser mi luz y guiarme constantemente.

A mi familia y en especial a mis padres: Carina y Amilcar por darme el apoyo incondicional, consejos y la motivación constante.

A Anita, que sin ella no hubiese conocido los nuevos y desconocidos retos que se han de afrontar en familia y en la sociedad.

Leandra K.

AGRADECIMIENTO

A Dios, por iluminarme y guiarme en el camino que me permitió concluir con esta meta.

A mi familia, por el más grande apoyo en todo momento especialmente en los de flaqueza.

A la Magister Luz Marina Ticona Pajares por la asesoría, tutoría y apoyo en todo momento de la investigación

A todas las personas que confiaron en mí y que con su apoyo permitieron que lo desarrolle de a pocos.

Leandra K.

ÍNDICE

RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMApág

1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA..... 1

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA..... 5

1.3. OBJETIVOS..... 5

1.4. JUSTIFICACIÓN 6

1.5. FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS..... 7

1.6. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES 8

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO 9

2.2. BASES TEÓRICAS 14

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS 41

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN 42

3.2. POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO 42

3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS 43

3.4. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS 45

3.5. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS 45

CAPÍTULO IV: DE LOS RESULTADOS

4.1. RESULTADOS 46

4.2. DISCUSIÓN 61

CONCLUSIONES 65

RECOMENDACIONES 66

REFERENCIAS 67

ANEXOS 74

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
TABLA N°1 CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE NIÑOS QUE ACUDEN AL CONTROL DE CRED DEL C.S. SAN FRANCISCO TACNA, 2017	47
TABLA N° 2 DETECCIÓN DE SIGNOS DE ALARMA DEL TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA EN NIÑOS MENORES DE 36 MESES SEGÚN ÍTEMS C.S. SAN FRANCISCO TACNA - 2017	50
TABLA N° 3 DETECCIÓN DE SIGNOS DE ALARMA DEL TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA EN NIÑOS MENORES DE 36 MESES SEGÚN SEXO Y EDAD C.S. SAN FRANCISCO TACNA – 2017	53
TABLA N°4 DETECCIÓN DE SIGNOS DE ALARMA DEL TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA EN NIÑOS MENORES DE 36 MESES Y RIESGO SEGÚN PUNTAJE C.S. SAN FRANCISCO TACNA – 2017	57

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
GRÁFICO N°1 CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE NIÑOS QUE ACUDEN AL CONTROL DE CRED DEL C.S. SAN FRANCISCO TACNA, 2017	49
GRÁFICO N° 2 DETECCIÓN DE SIGNOS DE ALARMA DEL TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA EN NIÑOS MENORES DE 36 MESES SEGÚN ÍTEMS C.S. SAN FRANCISCO TACNA - 2017	52
GRÁFICO N°3-A NIVEL DE RIESGO SEGÚN DETECCIÓN DE SIGNOS DE ALARMA DEL TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA Y EDAD C.S. SAN FRANCISCO TACNA – 2017	55
GRÁFICO N°3-B NIVEL DE RIESGO SEGÚN DETECCIÓN DE SIGNOS DE ALARMA DEL TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA Y SEXO C.S. SAN FRANCISCO TACNA – 2017	56
GRÁFICO N°4-A DETECCIÓN DE SIGNOS DE ALARMA DEL TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA EN NIÑOS MENORES DE 36 MESES SEGÚN PUNTAJE Y EDAD C.S. SAN FRANCISCO TACNA - 2017	59
GRÁFICO N° 4-B DETECCIÓN DE SIGNOS DE ALARMA DEL TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA EN NIÑOS MENORES DE 36 MESES SEGÚN PUNTAJE Y SEXO C.S. SAN FRANCISCO TACNA - 2017	60

RESUMEN

Esta investigación tuvo como finalidad demostrar la presencia de signos de alarma del Trastorno del Espectro Autista mediante la detección temprana. Para tal efecto se estudió a niños menores de 36 meses que, durante sus controles de crecimiento y desarrollo fueron diagnosticados con riesgo o trastorno del desarrollo. Este es un estudio cuantitativo de tipo exploratorio, no experimental y de corte transversal. La muestra de estudio estuvo compuesta por un total de 74 niños seleccionados según muestreo sistemático con una constante 2. Los datos se recolectaron mediante la técnica de la encuesta y el instrumento utilizado fue el cuestionario M-CHAT-R. Mediante el cual se encontró los ítems con respuesta en contra: 2, 3, 4, 5, 8, 12, 15 y 20.

PALABRAS CLAVE: Detección temprana. Trastorno del espectro autista. Signos de alarma. M-CHAT-R

ABSTRACT

This study aimed to determine the magnitude of children who have signs of Autism Spectrum Disorder with Early Detection. For this purpose, children under 36 months and those whose diagnosis was a risk or developmental disorder during their growth and development controls were studied. This was a quantitative, an exploratory, not experimental and cross-sectional study. The sample was composed of a total of 74 children selected according to systematic sampling. Data were collected by survey technique and the instrument used was the M-CHAT-R/F questionnaire. By means of which the items with answer against were found: 2, 3, 4, 5, 8, 12, 15 and 20.

KEY WORDS: Early detection. Autism spectrum disorder. Alarm signs M-CHAT-R / F

INTRODUCCIÓN

La salud, hoy en día, no solo se considera como un estado de bienestar físico de la persona. La salud, según lo menciona la Organización Mundial de la Salud, abarca todo un sistema cuyos componentes son las áreas biológicas, psicológica o mental, social, espiritual y el espacio sociocultural.

Frente a este contexto, la salud del niño es un eje importante, en tanto que su buen crecimiento y desarrollo influyen en la rentabilidad del país, ya que una buena inversión en su salud servirá para una buena rentabilidad del estado, permitiendo que el futuro adulto se desempeñe competentemente.

La situación de salud del niño ha ido mejorando, sin embargo, aún existen aspectos que demandan mayor atención. Según los resultados de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES)¹ hasta el primer semestre del 2017, el 58,7% de los niños/as de 36 meses cuentan con el Control de Crecimiento y Desarrollo (CRED) completo para su edad, siendo el área rural que presenta mayor proporción de niños/as con CRED (65,2%) en comparación al área urbana (56,3%). En cuanto a vacunas, el 73,5% de niños/as de tres años cuentan con las vacunas completa para su edad; siendo el porcentaje en el área urbana 74,4% mientras que en el rural 70,8%.

A pesar de los datos presentados, se ha observado que no existen en gran cantidad registros estadísticos relacionados al desarrollo del menor en las diferentes áreas. Siendo, muchas veces, la principal preocupación: el bienestar físico del niño. Actualmente existen diversas alteraciones del desarrollo, entre ellas del área social, que pasan desapercibidos y que, en

ocasiones resultan ser clave para detectar enfermedades/trastornos mentales.

El Trastorno del Espectro Autista (conformado por un grupo de trastornos) presenta como características principales: problemas con la comunicación y con la interacción social, así como la presencia de movimientos estereotipados o repetitivos. Estos síntomas, aunque suelen ser más visibles a partir de los dos años de edad duran toda la vida, afectando la vida del niño en diversas áreas. Lo que hace que se vuelva dependiente de los cuidados si no es tratado de manera temprana.

Para el desarrollo de este trabajo de investigación se consideraron cuatro capítulos principales: en el primer capítulo se aborda el planteamiento del problema, en donde se describe la situación del Trastorno del Espectro Autista a nivel mundial, nacional y regional, se formula el objetivo y la justificación del estudio; el segundo capítulo comprende el marco teórico en el que se analiza los conceptos relacionados al trabajo y la teoría de enfermería; en el tercer capítulo se presenta la metodología utilizada en la investigación, métodos, población, muestra y muestreo, técnicas e instrumentos de recolección de datos; en el cuarto capítulo tratamos los resultados obtenidos y la discusión. Así mismo, se redactan la conclusiones y recomendaciones a las que se llegó con el trabajo.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

Los primeros años de vida resultan esenciales para determinar un buen crecimiento y desarrollo del niño ya que permitirá al futuro adulto desempeñarse correctamente en todas sus áreas.

Por ello, apostando por el ‘buen desarrollo en la primera infancia’ es que la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización de las Naciones Unidas (ONU), en sus líneas de mejora de la salud de los niños crean e impulsan estrategias que servirán para alcanzar esta finalidad, las cuáles se ven establecidos, entre los Objetivos del Desarrollo Sostenible y la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, Niño y Adolescente y que repercuten en el accionar de cada país.

Es así como en nuestro país considera de prioridad pública el Desarrollo Infantil Temprano (DIT) como un “proceso progresivo, multidimensional e integral que se traduce en la construcción de capacidades cada vez más complejas y que permiten al niño ser competentes a partir de sus potencialidades, para lograr una mayor autonomía en interacción con su entorno en pleno ejercicio de sus derechos”². En donde se resalta al niño como sujeto de derechos, considera la vulnerabilidad del desarrollo de las personas frente a los efectos del entorno (genética y medio ambiente), considerando al DIT como determinante potente del progreso escolar y de la rentabilidad de la inversión pública.

Sin embargo, el niño desde su concepción es vulnerable a situaciones que alteran su normal desarrollo, estos riesgos podrían traducirse en discapacidades y/o trastornos permanentes de no ser detectados precozmente.

Las continuas investigaciones han permitido diagnosticar o clasificar nuevas alteraciones; así mismo, la información que generan permite al personal de salud reconocer signos de alarma de manera temprana, logrando que los trastornos del desarrollo sean cada vez más evidentes y frecuentes. Actualmente, uno de los trastornos del desarrollo es el denominado Trastorno del Espectro Autista (TEA).

Los TEA, son considerados por la Organización Mundial de la Salud³ como:

‘Un grupo de complejos trastornos del desarrollo cerebral. Este término genérico abarca afecciones tales como el autismo, el trastorno desintegrador infantil y el síndrome de Asperger, ... [cuyas] afecciones [están] caracterizadas por algún grado de alteración del comportamiento social, la comunicación y el lenguaje, y por un repertorio de intereses y actividades restringidas, estereotipado y repetitivo.’

La prevalencia de los TEA ha aumentado con el paso del tiempo, en sus reportes, la OMS (2017) explica que, en promedio, 1 de cada 160 niños tiene TEA, siendo afectado 4 veces el niño en comparación de la niña. Este aumento de cifras no reconoce una causa única, pero lo relacionan a los criterios de diagnóstico, a la sensibilidad de los profesionales frente a los trastornos o al estudio del menor en edades tempranas. Así mismo, el Centro para Control y Prevención de Enfermedades de Estados Unidos (CDC siglas en inglés), en sus últimos estudios afirman que el porcentaje

ha incrementado, siendo 1 de cada 56 niños los que presentan casos de TEA en comparación al año 2016, que consideraban a 1 de cada 68 niños.

En el Perú, no existen estadísticas exactas sobre la incidencia de este trastorno, según registros del Consejo Nacional para la Integración de Personas con Discapacidad (CONADIS) hasta diciembre del 2016, estuvieron inscritas 2809 personas con el diagnóstico, representando el 1,64% de las personas con discapacidad. Así mismo, datos de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) indican que 3,602 niños y niñas con TEA fueron atendidos durante el año 2016⁴.

Los estudios realizados sobre el tema por diversos autores indican que la edad promedio para detectar este trastorno corresponde entre la edad de los 18 a 36 meses generalmente, aunque ya se pueden observar ciertos signos a partir de los seis meses de edad, siendo esta etapa en la que el niño recibe sus controles de crecimiento y desarrollo en los centros de salud.

En la región de Tacna, según la Oficina de Informática, Telecomunicaciones y Estadística (OITE)⁵ de la Dirección Regional de Salud Tacna (DIRESA), en el año 2015 en la provincia de Tacna, de registraron en total 24 niños con autismo infantil, teniendo mayor número de niños el distrito de Gregorio Albarracín con 17, de los cuales 15 son de sexo masculino y 2 de sexo femenino, en el distrito de Tacna se registraron 4 niños de los cuales 3 son de sexo masculino y 1 de sexo femenino, en los distritos de Ciudad Nueva, Pocollay e Inclán se registraron un niño en cada uno de ellos. Todas estas cifras permiten comparar la magnitud de niños con TEA en relación al sexo afectado, siendo de 4 a 5 veces más frecuente en niños que en niñas.

El diagnóstico de casos lo realiza el personal especialista como neurólogos pediatras, psiquiatras infantiles o psicólogos, pero la detección de signos lo puede realizar el profesional mencionado, psicopedagogos, enfermeros y terapeutas ocupacionales, entre otros. En Tacna existe la Asociación KOLOB, encargada de trabajar con los niños que son diagnosticados con TEA, mediante diferentes terapias con personal especialista, así mismo, pueden diagnosticar casos de TEA con el instrumento ADOS-2 pues cuentan con apoyo internacional.

En las prácticas pre-profesionales se ha observado que, durante los controles de crecimiento y desarrollo del niño se tiende a priorizar actividades que permitan el cumplimiento de los indicadores establecidos como: vacunas, control de anemia y desparasitación convirtiéndose en la principal preocupación de los padres, dejando de lado la evaluación del desarrollo del menor. Por lo tanto, la función del profesional de enfermería en el primer nivel conlleva una gran responsabilidad frente a la detección temprana de las alteraciones en el desarrollo del niño.

Como lo indica Canal⁶, la detección precoz de signos de alarma del Trastorno del Espectro Autista en conjunto con la intervención temprana supone un importante reto para la atención primaria de salud. Es por ello que se han ido desarrollando numerosos instrumentos de cribado que se enfocan en las áreas afectadas: interacción social, comunicación y patrones repetitivos de comportamiento, intereses y actividades. Estos instrumentos son desarrollados teniendo en cuenta el contexto del profesional de salud, debido al escaso tiempo.

Frente a esta realidad, nos planteamos interrogantes a fin de contribuir con la detección temprana de signos de alarma de los Trastornos del Espectro Autista en nuestra región, Tacna.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los signos de alarma del Trastorno del Espectro Autista presentes en niños menores de 36 meses de edad del C.S. San Francisco, Tacna - 2017?

1.3. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Analizar los signos de alarma del Trastorno del Espectro Autista en niños menores de 36 meses de edad que han sido diagnosticados con riesgo o trastornos del desarrollo en los controles de crecimiento y desarrollo pertenecientes al C.S. San Francisco, Tacna – 2017.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar signos de alarma del Trastorno del Espectro Autista mediante la aplicación del instrumento M-CHAT-R en niños menores de 36 meses.
- Identificar los signos de alarma del Trastorno del Espectro Autista según el sexo y edad de los niños de estudio.
- Determinar el nivel de riesgo del Trastorno del Espectro Autista en niños menores de 36 meses.

1.4. JUSTIFICACIÓN

Actualmente no existen suficientes estudios sobre el Trastorno del Espectro Autista en el que se involucre a Enfermería como agente importante en la detección temprana. Aunque los TEA sean diagnosticados por los especialistas, en Perú, es el profesional de Enfermería quien se encarga del control del crecimiento y desarrollo del niño desde su nacimiento y donde identifica alteraciones de estos procesos.

En ese sentido, resulta importante realizar investigaciones que identifiquen alteraciones del desarrollo desde una edad temprana. Hoy en día, existe la preocupación sobre un grupo de trastornos del desarrollo del niño conocido como Trastornos del Espectro Autista (TEA), el cual en esta última década ha ido incrementándose la incidencia a nivel mundial.

Como se indica en la teoría, los signos pueden presentarse desde una edad temprana, sin embargo, muchas veces pasan desapercibidos por los padres y el propio personal de salud o pueden ser confundidos con otros trastornos. Por lo tanto, es importante que el profesional de enfermería reconozca signos de alarma del TEA de manera temprana para realizar las interconsultas necesarias.

A fin de contribuir con el lineamiento público “Primero la Infancia” del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS) en el que se destaca el Desarrollo Infantil Temprano y en pro de una mejor calidad de atención de Enfermería frente a la detección temprana de signos de alarma, se realiza la presente investigación, mediante la cual se pretende realizar un análisis de los signos de alarma del Trastorno del Espectro Autista detectados en los niños menores de 36 meses.

El rol del profesional de Enfermería cobra un valor significativo frente a esta situación, tanto en el primer nivel de atención como en todos los niveles de prevención. Es por ello que, mediante este estudio se pretende resaltar la importancia del trabajo de enfermería en la atención primaria a través de la detección de signos de alarma del Trastorno del Espectro Autista.

La detección precoz de signos del espectro autista beneficia no solo a quien la presenta, sino también a la familia y comunidad; los padres no se mostrarían ansiosos ante lo desconocido, el aspecto económico no se vería tan afectado al tratarse de manera temprana; la comunidad aprendería a incluirlos y se evitaría la discriminación.

1.5. FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS

- Hi: La detección de signos de alarma del Trastorno del Espectro Autista en niños menores de 36 meses es significativa.
- Ho: La detección de signos de alarma del Trastorno del Espectro Autista en niños menores de 36 meses no es significativa.

1.6. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS	ESCALA DE MEDIDA	NIVEL DE MEDICION
Detección de signos de alarma del Trastorno del Espectro Autista	Acción de identificar un conjunto de conductas atípicas que determinan la posible existencia del Trastorno del Espectro Autista, viéndose afectadas las áreas: social, de lenguaje y motora. que varían en grados de intensidad, edad, entre cada persona.	Déficits persistentes en comunicación social e interacción social	Déficits en reciprocidad socio-emocional	Ítem 12 Ítem 18 Ítem 19	RIESGO BAJO: Puntuación: 0-2 MEDIO: Puntuación: 3-7 ALTO: Puntuación: 8-20.	Ordinal
			Déficits en conductas comunicativas no verbales usadas en la interacción social	Ítem 1 Ítem 6 Ítem 7 Ítem 14 Ítem 16 Ítem 17 Ítem 20		
			Déficits para desarrollar, mantener y comprender relaciones	Ítem 8 Ítem 9 Ítem 10		
		Patrones repetitivos y restringidos de conductas, actividades e intereses	Movimientos motores, uso de objetos o habla estereotipados o repetitivos	Ítem 3 Ítem 4 Ítem 5 Ítem 13 Ítem 15		
			Insistencia en la igualdad, adherencia inflexible a rutinas o patrones de comportamiento verbal y no verbal ritualizado			
			Intereses altamente restringidos, obsesivos, que son anormales por su intensidad o su foco			
			Hiper- o hipo-reactividad sensorial o interés inusual en aspectos sensoriales del entorno	Ítem 2 Ítem 12		

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

El Trastorno del Espectro Autista es una alteración del neurodesarrollo que afecta a las personas, los diversos signos presentados varían tanto en intensidad como características, sin encontrar un factor común entre ellos; esto ha llevado a diversos investigadores a realizar estudios.

Al estudiar el fenómeno del Trastorno del Espectro Autista se han ido evaluando una serie de instrumentos de cribado necesarios para la detección de signos de alarma para la atención temprana, cuyas características y medidas psicométricas han sido estudiadas para su administración con resultados más verídicos, siendo uno de estos instrumentos con mayor aceptación el M-CHAT-R.

Canal R, Santos J, Rey F, et al⁶. Con su trabajo “Detección y Diagnóstico de Trastornos del Espectro Autista” 2007 tuvo como **Objetivo:** adaptación y validación del cuestionario M-CHAT para la población española cuyo **Método:** Se basó en la realización de dos estudios. Uno destinado a analizar la capacidad discriminativa del M-CHAT entre TEA y no TEA (Estudio 1) y otro, destinado a analizar la capacidad predictiva de cada uno de los ítems del cuestionario para detectar casos de riesgo de TEA (Estudio 2), de modo que se pueda plantear qué ítems resultan críticos en la predicción de casos de riesgo en la población española. **Población y muestra:** Para el estudio 1, se consideró 48 niños, con una edad cronológica comprendida entre 18 y 43 meses y una edad mental entre los 14 y 24 meses (niños sanos y niños que presentan algún signo de alarma).

Para el estudio 2, se utilizó una muestra de 2.281 niños, con una edad cronológica comprendida entre 18 y 43 meses. **Conclusiones:** el M-CHAT/ES tiene capacidad para identificar a todos los niños con riesgo de TEA, aunque también puede clasificar dentro del grupo de niños de riesgo a otros niños con trastornos del desarrollo del lenguaje o cognitivo, por lo tanto, detecta a los verdaderos sospechosos de TEA y también a otros niños que tienen alguna dificultad del desarrollo y que por ese motivo deberían recibir atención temprana.

Robins D, Casagrande K, Barton M, Chen CM, et al⁷. Mediante su estudio “Validation of the modified checklist for Autism in toddlers, revised with follow-up (M-CHAT-R/F)”, **Población:** evaluaron a 16,071 niños entre los 18 y 24 meses para hallar la confiabilidad y validez del instrumento M-CHAT-R/F. **Resultados:** Los niños que fueron evaluados con puntaje mayor o igual a 3 inicialmente y mayor o igual a 2 después del seguimiento, tuvieron un 47,5% de riesgos de ser diagnosticado con TEA y 94% riesgo de retraso o alteración del desarrollo. El puntaje total fue más efectivo que los puntajes alternativos. Un algoritmo basado en 3 niveles de riesgo es recomendado para maximizar la utilidad clínica y reducir la edad de diagnóstico y el inicio de la intervención temprana. **Conclusiones:** El M-CHAT-R detecta Trastorno del Espectro Autista en mayor proporción en comparación con el M-CHAT al mismo tiempo que reduce el número de niños que necesitan el seguimiento.

Hidalgo D⁸. En su trabajo “Propiedades psicométricas del cuestionario modificado de autismo en la infancia (M-CHAT) en dos instituciones educativas para un diagnóstico precoz de autismo - 2016” tuvo como **Objetivo:** determinar las propiedades psicométricas de validez, confiabilidad y normas del M-CHAT en una población de niños de 18 meses a 9 años, además de presentar un diseño psicométrico – tecnológico.

Conclusiones: En este estudio se encontró que todos los ítems cuentan con una alta significancia en cuanto a la validez de contenido, exceptuando dos de ellos que tienen un nivel bueno, pero no son significativos; niveles altos de sensibilidad y especificidad de 0,87 y 0,826 respectivamente.

Además, se han realizado estudios sobre la detección del Trastorno del espectro autista mediante revisiones a diversas literaturas, como:

Zalaquett D, Schönstedt M, Angeli M, Herrera C, Moyano A⁹. En su trabajo de investigación Fundamentos de la intervención temprana en niños con trastornos del espectro autista - 2015. Basándose en la actualización de conceptos y la evidencia actual disponible sobre la relevancia de intervenir tempranamente este tipo de trastornos, confirman la importancia de la intervención temprana en niños con TEA, como así también, el rol de pediatras y otros profesionales de la salud en la detección precoz de estos trastornos.

Gutierrez K¹⁰. En su trabajo "Identificación temprana de trastornos del espectro autista" (2016) tuvo como **Objetivo:** Revisar la literatura científica sobre la detección temprana de TEA con el fin de identificar los indicadores tempranos y aproximaciones al tamizaje o cribado de esta condición. **Método:** Para ello, se revisaron las bases de datos electrónicas EBSCO, Medline, PsycINFO, Scopus, ScienceDirect y Academic Search Complete, buscando los términos early detection, early diagnosis, screening test, mass screening, y se combinaron con el término autism; sin restricción de campo, tiempo y en los idiomas inglés y español. **Conclusiones:** Es posible detectar tempranamente el riesgo de TEA considerando principalmente las alteraciones tempranas en la interacción y comunicación social. Existen diferentes instrumentos para el cribado de TEA, se comentan sus propiedades psicométricas y utilidad clínica.

Abdulai M¹¹. En su trabajo “El rol del profesional de enfermería en el trastorno del espectro autista” (2016-2017). Tuvo como **Objetivo:** conocer el rol de los profesionales de enfermería en el abordaje de los individuos diagnosticados de TEA y sus familias. **Métodos:** Búsqueda bibliográfica realizada en las bases de datos de CINAHL, PubMed, Cuiden y sciELO, tras la cual se han aplicado en los artículos escogidos una serie de criterios de inclusión y exclusión. **Resultados:** Seleccionaron 13 artículos que fueron agrupados en tres categorías: respecto al paciente diagnosticado con TEA, respecto a la familia del individuo con TEA y en relación con la percepción de los profesionales enfermeros acerca de su papel en el autismo. **Conclusiones:** los individuos autistas y sus familias sufren un gran impacto en todas las esferas de su vida provocado por este trastorno. Por este motivo, requieren de un cuidado holístico que aborde todas sus necesidades, el profesional de enfermería es el más indicado para ejercer esta labor.

Así mismo, Nadel S, Poss JE¹², en su trabajo “Early detection of autism spectrum disorders: screening between 12 and 24 months of age” tuvieron como **Objetivo:** presentar a los profesionales de enfermería información sobre la detección de los trastornos del espectro autista en niños de 12 a 24 meses de edad. **Método:** para lo cual realizaron una revisión de la literatura sobre el tema. **Conclusiones:** Los niños con TEA muestran una interacción social deficiente, déficit de comunicación verbal y no verbal, y patrones de conducta o intereses repetitivos, restringidos y estereotipados. Además, que la detección temprana permite a los niños con sospecha de TEA ser evaluados por especialistas y participar en programas de tratamiento en la primera oportunidad posible. Debido a la importancia del diagnóstico precoz de TEA, es fundamental que los profesionales de enfermería usen instrumentos de detección establecidos para maximizar el tiempo y aumentar la confiabilidad de la evaluación.

Zwaigenbaum L, Bauman M, Fein D, Pierce K, et al¹³ en su trabajo “Early Screening of Autism Spectrum Disorder: Recommendations for Practice and Research”, revisan la evidencia actual de detección del trastorno del espectro autista (TEA) basada en artículos publicados hasta diciembre de 2013. La revisión actual indica que la detección en niños de entre 18 y 24 meses puede ayudar a la detección temprana, de acuerdo con las recomendaciones actuales de la Academia Estadounidense de Pediatría. Los investigadores identificaron herramientas de detección de TEA específicas y de banda ancha que han servido para evaluar muestras de comunidades grandes y que han mostrado una promesa particular en términos de precisa clasificación y utilidad clínica. También sugieren estrategias para ayudar a superar los desafíos para implementar la detección de TEA en la práctica comunitaria, así como las prioridades para futuras investigaciones.

Actualmente se viene desarrollando un proyecto de investigación en la ciudad de Olavarría, Argentina titulado “Prevalencia de trastornos del espectro autista en niños de 16 a 30 meses en el partido [distrito] de Olavarría, Provincia de Buenos Aires, Argentina” a cargo de Weis MC, Muro M, Bellomo F, Miralles E, Chantir, Barbelli V, et al¹⁴; este estudio consiste en pesquisar a la población de niños entre 16 y 30 meses de edad que concurren a los centros de vacunación municipales durante un año. El instrumento que se está utilizando es el M-CHAT-R/F, en donde aquellos niños con pesquisa positiva y/o negativa son evaluados integralmente por el equipo interdisciplinario TEA del hospital de Olavarría, para arribar a un diagnóstico específico.

2.2. BASES TEÓRICAS

La evolución histórica del autismo como tal, data sus primeros registros a inicios del siglo XX; en el libro "Dementia praecox, oder Gruppe der Schizophrenien" escrito en 1911 por Paul Eugen Bleuler, psiquiatra suizo, quien utiliza por primera vez el término "Autista" cuyo significado griego autos era "sí mismo", en este trabajo se hace referencia al "autismo como un signo de esquizofrenia de la infancia, en el cual existe una conducta intencional de evitar relaciones sociales¹⁵", la persona crea su mundo cerrado separado de la realidad externa dificultándole la comunicación con los demás.

Sin embargo, fue en 1943 que el médico psiquiatra Leo Kanner realiza un estudio más exhaustivo con relación a los signos presentados en niños con este síndrome, Pallaresa et al.¹⁶ en su estudio lo resumen en: incapacidad para establecer relaciones; alteraciones en el lenguaje, sobre todo como vehículo de comunicación social (aunque en 8 de ellos el nivel formal de lenguaje era normal o sólo ligeramente retrasado), insistencia obsesiva en mantener el ambiente sin cambios, aparición, en ocasiones, de habilidades especiales, buen potencial cognitivo, pero limitado a sus centros de interés; aspecto físico normal y "fisonomía inteligente"; y aparición de los primeros síntomas desde el nacimiento.

Kanner para poder delimitar el trastorno lo realiza a través de las experiencias propias y de estudios de sus colegas psiquiatras denominando "autismo infantil precoz"¹⁷. Conforme se iba divulgando estudios de autismo, se lograba identificar gran número de pacientes en diversos países, sin conocer profundamente el cuadro clínico de este trastorno.

En 1944, el pediatra y psiquiatra vienés Hans Asperger¹⁷ utiliza el término autista para dar a conocer cuatro casos de niños con psicopatía autista, en donde, a pesar de desconocer el trabajo de Kanner, describe un patrón de conducta caracterizado por: falta de empatía, ingenuidad, poca habilidad para hacer amigos, lenguaje pedante o repetitivo, pobre comunicación no verbal, interés desmesurado por ciertos temas y torpeza motora y mala coordinación. Sin embargo, este estudio fue realizado en alemán por lo que queda en el olvido.

En 1950, Erikson¹⁷ refiere que los orígenes del autismo se basan en la relación madre/hijo; estos niños, desde una edad muy temprana fracasan sutilmente en la respuesta a la mirada, sonrisa y contacto físico, la cual provoca que la madre, sin quererlo, se distancie, y contribuya decisivamente al aislamiento del niño autista.

Por otro lado, Bruno Bettelheim¹⁸, profesor de educación y psicólogo Austriaco, desarrolló una teoría denominada “refrigerator mother”, la cual sostiene que la madre rechaza la existencia del hijo; esta teoría se debe a la experiencia de Bettelheim en los campos de concentración durante la segunda guerra mundial en donde establece un paralelismo entre los síntomas del autismo y su vivencia en el campo de concentración donde la relación con los carceleros le había llevado a un aislamiento y negación del mundo exterior. Sus teorías alcanzaron gran difusión tras la publicación del libro “The Empty Fortress: Infantile Autism and the Birth of the Self”.

En 1962, el psiquiatra alemán Gerhard Bosch¹⁹ utiliza el término síndrome de Asperger en una monografía en alemán, traducida al inglés en 1970, donde ubicaba el síndrome de Asperger dentro del autismo, pero no fue hasta 1981 que la obra de Hans Asperger cobra mayor importancia debido a los trabajos de traducción por Lorna Wing y Judith Gould, quienes

introducen el termino Espectro Autista para referirse a las distintas formas en que este trastorno puede aparecer en la población afectada.

Otro síndrome que permite diferenciar al trastorno autista es el descrito en 1966 por el pediatra Andreas Rett¹⁷, como "autismo de la niña", este aparece después del segundo año de vida y afecta, como ya se menciona, al sexo femenino, se observa que su sintomatología difiere de los trastornos llamados "autísticos", sin embargo, fue incluido como novedad en las dos clasificaciones de 1980 y 1994. Pero a partir de 1999, sólo dos años después de la muerte de Rett, se estableció su origen genético.

En la investigación de Garrabé¹⁷, se menciona los estudios desde 1986 en el que investigadores europeos consideran que se debe diferenciar el autismo de otros trastornos del desarrollo o llamados "Otros trastornos invasores del desarrollo" o NOS (Not Otherwise Specified) y los Multiple Complex Developmental Disorders (MCDD). Debido al hecho de las comorbilidades que se pueden llegar a presentar, como una evolución de esquizofrenia.

Actualmente se considera que las causas del autismo son múltiples y tiene un origen biogenético, el conocimiento del cerebro, el desarrollo de la neuropediatría y la neuropsicología infantil, entre otras disciplinas, permiten hablar de una etiología biológica.

TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA

Las continuas investigaciones han hecho que se originen nuevas concepciones del autismo, siendo la última versión establecida por el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – 5 (DSM-5) en donde pasa a denominarse Trastorno del Espectro Autista, y se ubican

dentro de los trastornos del neurodesarrollo, cuyas características principales son: desarrollo de la interacción social y de la comunicación anormales o deficitarios, y un repertorio muy restringido de actividades e intereses. Según la nueva clasificación del DSM – 5, el Trastorno del Espectro Autista incluye: el trastorno autista, el síndrome de Asperger y el trastorno del desarrollo no especificado.

Medina MP²⁰ define el neurodesarrollo como un proceso complejo y dinámico que logra la maduración de estructuras, adquisición de habilidades y formación del individuo como persona única mediante la interacción de este con su entorno.

En ese sentido, diversos investigadores refieren que el Trastorno del Espectro Autista es un trastorno del desarrollo neurobiológico (neurodesarrollo) del niño, que afecta a la coordinación e integración de distintas áreas cerebrales, siendo alterada principalmente el área de lenguaje, motricidad y social. Estas alteraciones funcionales y/o estructurales no son las mismas en todos los casos, se presentan con cierta varianza en los distintos fenotipos conductuales, con diferentes grados de intensidad entre las personas que los presentan, otorgándosele el termino de espectro.

The National Institute of Mental Health (NIMH)²¹ hace referencia al término “espectro” como “una amplia gama de síntomas, fortalezas y grados de deterioro que pueden tener las personas con estos trastornos”, esto significa que existen más afecciones que lo componen y que por ser personas presentan características que las distinguen de las otras.

La gran variedad de sintomatología en las distintas áreas del desarrollo como la interacción social, comunicación y los comportamientos e intereses

restringidos presentados en las personas con TEA sugiere una multicausalidad; es así como las nuevas investigaciones, así como lo menciona Medina²⁰, están apuntando a factores genéticos y ambientales los que alteran el desarrollo cerebral de manera temprana, existiendo periodos críticos que se inician en la gestación hasta el primer año de vida.

Signos y síntomas

El Centro para Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) así como Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH siglas en inglés) señalan características más frecuentes que se presentan en la población norteamericana con TEA, como²²⁻²³:

- La repetición de conductas o comportamientos inusuales.
- Dificultad para relacionarse y comprender las acciones y/o sentimientos de los demás.
- Repetir frases o palabras que se les dice.
- Tienen dificultad para adaptarse a un cambio leve de una rutina, entorno nuevo o algo que los estimule demasiado.
- Evitan el contacto visual y tienden a estar solos.
- Demorarse o no responder cuando se les llama por el nombre o para seguir una conversación
- Parecen no demostrar interés en objetos o actividades que les agrada: no señalan o no lo muestran a los otros.
- Tener demasiado interés en ciertas cosas o temas como: objetos en movimientos o parte de ellos, números, detalles o datos.
- No jugar juegos de simulación
- Responden de manera inusual a las muestras de afecto, ira o angustia.
- Perdida o retroceso de sus habilidades o desarrollo

- Hablar de un tema favorito sin darse cuenta de la indiferencia mostrada por los demás.
- Expresarse con palabras extrañas para comunicarse o expresar sus necesidades
- Pueden presentar alteración sensorial (sensibilidad a luz, ruido, texturas de ropa o temperatura), trastorno del sueño, problemas de digestión e irritabilidad.

Sin embargo, las personas que presenta TEA también pueden presentar fortalezas y habilidades como:

- Tener inteligencia superior a la media.
- Pueden aprender y recordar cada detalle de la información y por largos periodos.
- Gran memoria visual y auditiva.
- Pueden sobresalir en matemáticas, música y arte.

Palomo R²⁴, realiza un análisis de los criterios de diagnóstico establecidos en el DSM – 5, en donde se indica que para que una persona tenga TEA tiene que tener alteraciones en las tres áreas que se incluyen dentro de los déficits en la interacción y comunicación social (reciprocidad socio-emocional, comunicación no verbal y desarrollo, mantenimiento y comprensión de relaciones), así como dos de las cuatro áreas alteradas en el repertorio restringido de conductas e intereses (conductas repetitivas, insistencia en la invariancia, intereses restringidos o alteraciones sensoriales). Los criterios de diagnóstico establecidos por la DSM V son los siguientes:

Deficiencias persistentes en la comunicación social y en la interacción social en diversos contextos, manifestado por lo siguiente:

- Las deficiencias en la reciprocidad socioemocional varían, por ejemplo, desde un acercamiento social anormal y fracaso de la conversación normal en ambos sentidos pasando por la disminución en intereses, emociones o afectos compartidos hasta el fracaso en iniciar o responder a interacciones sociales.
- Las deficiencias en las conductas comunicativas no verbales utilizadas en la interacción social varían, por ejemplo, desde una comunicación verbal y no verbal poco integrada pasando por anomalías del contacto visual y del lenguaje corporal o deficiencias de la comprensión y el uso de gestos, hasta una falta total de expresión facial y de comunicación no verbal.
- Las deficiencias en el desarrollo, mantenimiento y comprensión de las relaciones varían, por ejemplo, desde dificultades para ajustar el comportamiento en diversos contextos sociales pasando por dificultades para compartir juegos imaginativos o para hacer amigos, hasta la ausencia de interés por otras personas.

Patrones repetitivos y restringidos de conductas, actividades e intereses, que se manifiestan en, al menos dos de los siguientes síntomas, actuales o pasados

- Movimientos, utilización de objetos o habla estereotipados o repetitivos (p. ej., estereotipias motoras simples, alineación de los juguetes o cambio de lugar de los objetos, ecolalia, frases idiosincrásicas).

- Insistencia en la monotonía, excesiva inflexibilidad de rutinas o patrones ritualizados de comportamiento verbal o no verbal (p. ej., gran angustia frente a cambios pequeños, dificultades con las transiciones, patrones de pensamiento rígidos, rituales de saludo, necesidad de tomar el mismo camino o de comer los mismos alimentos cada día).
- Intereses muy restringidos y fijos que son anormales en cuanto a su intensidad o foco de interés (p. ej., fuerte apego o preocupación por objetos inusuales, intereses excesivamente circunscritos o perseverantes).
- Hiper- o hiporeactividad a los estímulos sensoriales o interés inhabitual por aspectos sensoriales del entorno (p. ej., indiferencia aparente al dolor/temperatura, respuesta adversa a sonidos o texturas específicos, olfateo o palpación excesiva de objetos, fascinación visual por las luces o el movimiento).

Los síntomas deben estar presentes en el período de desarrollo temprano (aunque pueden no manifestarse plenamente hasta que las demandas del entorno excedan las capacidades del niño, o pueden verse enmascaradas en momentos posteriores de la vida por habilidades aprendidas).

Los síntomas causan alteraciones clínicamente significativas a nivel social, ocupacional o en otras áreas importantes del funcionamiento actual. Estas alteraciones no se explican mejor por la presencia de una discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual) o un retraso global del desarrollo.

Los criterios de diagnóstico muestran a su vez los niveles de severidad del trastorno del espectro de autismo, basado en 3 niveles, los cuales son detallados en la siguiente tabla:

Tabla. Niveles de severidad del Trastorno del Espectro de Autismo²⁴.

NIVEL DE SEVERIDAD	COMUNICACIÓN SOCIAL	INTERESES RESTRINGIDOS Y CONDUCTA REPETITIVA
<p>Nivel 3 Requiere un apoyo muy sustancial</p>	<p>Déficits severos en habilidades de comunicación social verbal y no verbal que causan alteraciones severas en el funcionamiento, inicia muy pocas interacciones y responde mínimamente a los intentos de relación de otros. Por ejemplo, una persona con muy pocas palabras inteligibles que raramente inicia interacciones sociales, y que cuando lo hace, realiza aproximaciones inusuales únicamente para satisfacer sus necesidades y sólo responde a acercamientos sociales muy directos.</p>	<p>La inflexibilidad del comportamiento, la extrema dificultad afrontando cambios u otros comportamientos restringidos/repetitivos, interfieren marcadamente en el funcionamiento en todas las esferas. Gran malestar o dificultad al cambiar el foco de interés o la conducta.</p>
<p>Nivel 2 Requiere un apoyo sustancial</p>	<p>Déficits marcados en habilidades de comunicación social verbal y no verbal; los déficits sociales son aparentes incluso con apoyos; inician un número limitado de interacciones sociales; y responden de manera atípica o reducida a los intentos de relación de otros. Por ejemplo, una persona que habla con frases sencillas, cuya capacidad para interactuar se limita a intereses restringidos y que manifiesta comportamientos atípicos a nivel no verbal.</p>	<p>El comportamiento inflexible, las dificultades para afrontar el cambio, u otras conductas restringidas/repetitivas, aparecen con la frecuencia suficiente como para ser obvios a un observador no entrenado e interfieren con el funcionamiento en una variedad de contextos. Gran malestar o dificultad al cambiar el foco de interés o la conducta.</p>

<p>Nivel 1 Requiere apoyo</p>	<p>Sin apoyos, las dificultades de comunicación social causan alteraciones evidentes. Muestra dificultades iniciando interacciones sociales y ofrece ejemplos claros de respuestas atípicas o fallidas a las aperturas sociales de otros. Puede parecer que su interés por interactuar socialmente está disminuido. Por ejemplo, una persona que es capaz de hablar usando frases completas e implicarse en la comunicación pero que a veces falla en el flujo de ida y vuelta de las conversaciones y cuyos intentos por hacer amigos son atípicos y generalmente fracasan.</p>	<p>La inflexibilidad del comportamiento causa una interferencia significativa en el funcionamiento en uno o más contextos. Los problemas de organización y planificación obstaculizan la independencia.</p>
-----------------------------------	--	---

TEORÍAS EXPLICATIVAS DE LOS TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA

Existen diversos estudios que tienen como finalidad explicar las causas de las alteraciones clínicas del Trastorno del Espectro Autista entre las que destacan: la deficiencia de la Teoría de la Mente, déficit de la Coherencia Central y, por último, los que defienden el protagonismo de las Funciones Ejecutivas.

Teoría de la mente

La Teoría de la Mente es un concepto utilizado por Premack y Woodruff en 1978, quienes hablan sobre la atribución de estados mentales a uno mismo y a los demás. La Teoría de la Mente relacionado con el TEA fue formulada por Simon Baron-Cohen, Alan Leslie y Uta Frith²⁵ en 1985, se considera a esta teoría como una de las que explican el primer criterio

sintomatológico del DSM-5 donde refleja las deficiencias en la comunicación y la interacción social.

La teoría de la mente explica la habilidad que poseen las personas de representar los estados mentales de los demás. Esta característica resulta ser innata del ser humano y que termina de desarrollarse hasta los 5 años, sin embargo, los niños que presentan TEA tienen alterada esta capacidad, lo que hace que su desarrollo en el ámbito social se vea afectada. Esta capacidad incluye el prever las intenciones, el pensar y el comportamiento de las personas que nos rodean.

La capacidad de atribuir estados mentales a los demás implica:

- Ser capaces de tener creencias sobre las creencias de los demás. Esto significa, leer la mente del otro, saber y anticipar qué piensa.
- Ser capaz de hacer o prever alguna función de las creencias atribuidas. Esto se refiere a reconocer “por qué” otra persona tiene un pensamiento determinado.
- Requiere de unas habilidades que suelen desarrollarse en los niños neurotípicos de manera natural, como:
 - La atención conjunta: es la capacidad de atender un mismo estímulo de forma sostenida y aparece alrededor de los 9 meses de edad.
 - Empatía cognitiva y emocional: se refiere a la capacidad de ponerse en el lugar del otro y aparece sobre los 2 años.

Con el fin de evaluar esta capacidad mentalista Simon Baron-Cohen, Alan Leslie y Utah Frith utilizaron el test de Sally y Anne, se presentan dos

tareas a realizar en donde se evalúan: la falsa creencia de primer orden (“Juan cree que el otro cree”), con pruebas como la de SALLY y ANNE, de Wimer Perner; y la falsa creencia de segundo orden (“Juan cree que el otro cree que cree”) con pruebas como la labor de cumpleaños, de Sullivan y Cols²⁶.

Teoría de la disfunción ejecutiva

Esta teoría fue formulada por Pennington y Ozonoff et al²⁷, la cual intenta explicar el segundo criterio (B) sintomatológico del DSM-5, considerando los patrones de comportamiento, intereses y actividades restringidos y estereotipados de las personas con TEA.

Las funciones ejecutivas (FFEE), son un conjunto de habilidades cognitivas innatas que permiten realizar actividades de manera autónoma como: organizarnos, ser flexibles, anticipar, planificar, marcarnos objetivos y metas, controlar los propios impulsos, etc. Se localizan en el córtex prefrontal. Es la última parte del cerebro en madurar, y lo hace a partir de los 12 meses y hasta los 18 años, con dos picos destacables a los 4 y a los 18 años.

- **La inhibición de respuesta:** Capacidad que inhibe respuestas y emociones frente a un estímulo posponiendo la satisfacción inmediata para metas más importantes a largo plazo.
- **La memoria de trabajo:** Almacena información para resolver situaciones futuras.
- **La autorregulación del estado de alerta, emocional y motivacional.** Capacidad de poder cambiar nuestro comportamiento (conducta) según el contexto.

- **Las Funciones Ejecutivas son necesarias para la resolución de problemas.** Es la capacidad de la persona para anticipar y prever los resultados a una acción, actividad, etc. Implica:
 - Fijar metas e identificar objetivos.
 - Planificar acciones.
 - Secuenciar pasos en orden temporal y espacial.
 - Priorizar necesidades y tareas.
 - Iniciar una tarea.
 - Flexibilidad para pasar de un foco de atención a otro, tolerar cambios, etc.

Teoría de la coherencia central débil

La Teoría de la coherencia central débil, fue formulada por Uta Frith en 1989; en donde intenta explicar la dificultad que presentan las personas con TEA para integrar la información en un único “todo” coherente y general; focalizando su atención en pequeños detalles lo que es conocido como procesamiento fragmentario. Dos son las partes implicadas:

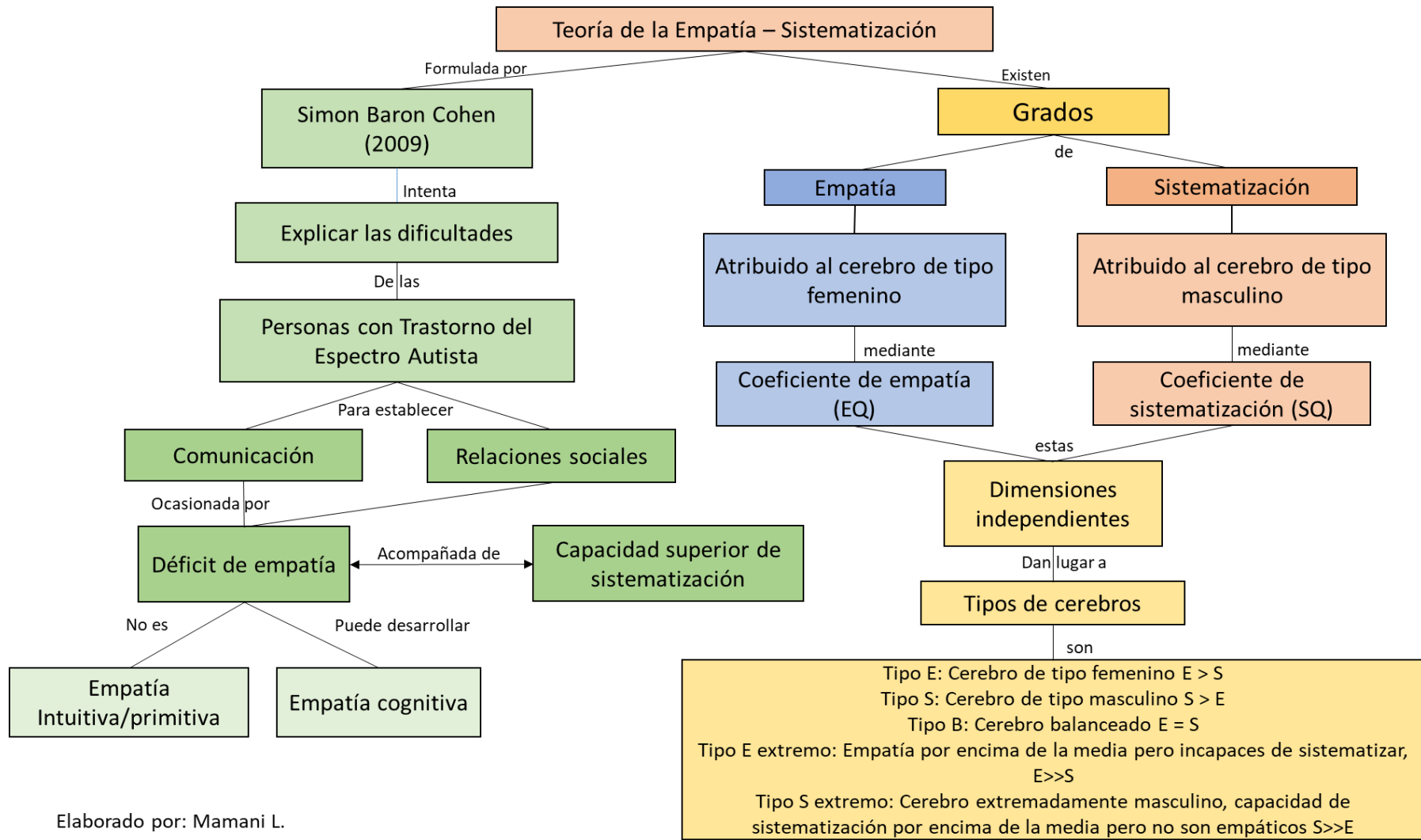
- Perceptual: implica la preferencia que tienen las personas con TEA para procesar la información local antes que la global. Se puede evaluar mediante el Test de Navon.
- Conceptual: las personas con TEA suelen fracasar en el procesamiento del sentido contextual y el conocimiento previo. En muchas ocasiones no entienden situaciones y contextos ya vividos con anterioridad. Puede evaluarse mediante imágenes tipo Gestalt (efectos ópticos).

Shah y Frith, 1993 desarrollaron el test de cubos y test de figuras enmascaradas para evaluar estas habilidades en búsquedas visuales, en donde observaron que las personas con TEA son menos susceptibles a ilusiones ópticas, y gracias a su procesamiento local, son más rápidas en pruebas de buscar detalles y presentan otras habilidades en las búsquedas visuales.

Teoría de la empatía-sistematización

La Teoría de la Empatía-Sistematización (E-S), fue formulada por Simon Baron Cohen en 2009 y trata de explicar las dificultades de las personas con TEA para establecer comunicación y para crear relaciones sociales.

Esta teoría considera que existen grados de empatía y sistematización, el autor señala que existen cerebros excesivamente empáticos (con altas capacidades para colocarse en el sitio del otro, pero con pocas capacidades de sistematización) y cerebros excesivamente sistemáticos, es decir, con pocas capacidades empáticas. Las personas con TEA tienden a estar más cercanas del extremo sistemático, mostrando una hipoactividad en casi todas las áreas cerebrales del circuito de la empatía.



INSTRUMENTOS DE SCREENING DEL TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA

Existen herramientas complementarias que sirven de cribado o screening en la detección temprana de una enfermedad. El cribado es una primera evaluación que permite diferenciar a aquellas personas sanas de las que presentan mayor riesgo de padecer una enfermedad aun sin presentar signo alguno.

En el trastorno del espectro autista, el cribado permite mediante la detección precoz un pronóstico mejor debido a la intervención temprana que se le brindará al niño. Para Canal et al⁶, estos instrumentos permitirán identificar a aquellos niños que requieran de un examen más exhaustivo debido al riesgo que pueda presentar durante su desarrollo, ya sea de retraso o discapacidad. Además, indica que la aplicación de estos requiere de poco tiempo, poca experiencia y una mínima preparación técnica.

Canal et al⁶ considera clasificar a los instrumentos según el niveles de atención; así entonces, los instrumentos utilizados en el Nivel I son administrados en aquellos niños que pueden presentar riesgo en su desarrollo y que son considerados aparentemente sanos pueden ser tomados en los controles de crecimiento y desarrollo en nuestro país; mientras que los instrumentos del Nivel II se utilizan para discriminar a niños con riesgo de autismo frente a otros trastornos del desarrollo, estos son desarrollados en centros especializados. Canal también clasifica a los instrumentos según: el formato, tiempo de administración, el grado de formación técnica y/o experiencia del aplicador y la facilidad con que el niño o el padre pueda responder los ítems planteados.

Sin embargo, es necesario que estos instrumentos de cribado puedan medir y medirse estadísticamente, existen criterios que evalúan la utilidad del instrumento para poder emplearlos: la especificidad, sensibilidad (considerándose índices superiores al 80% en ambos casos, Canal et al⁶, el valor predictivo positivo y valor predictivo negativo; así como el costo económico de ocurrir una identificación incorrecta.

La necesidad de identificar los signos del TEA ha hecho que muchos investigadores desarrollen instrumentos de cribado para ser aplicados en la atención primaria, el registro de estos empezó desde los años 90. Siendo los más conocidos el CHAT, M-CHAT, M-CHAT-R/F, Q-CHAT; los cuales se diferencian por la edad en que se han de aplicar y en algunos casos por las modificaciones realizadas al instrumento.

El primer instrumento elaborado fue el CHAT²⁸ creado por Baron et al en 1992, este instrumento fue aplicado a niños de 18 meses de edad para identificar autismo infantil. Este instrumento cuenta con dos secciones, las cuales están dirigidas para el padre o cuidador y para el examinador. Según Diaz Atienza²⁹, En la sección A se evalúan áreas del desarrollo: juego brusco y desordenado, interés social, desarrollo motor, juego social, juego simulado, señalar protoimperativo, señalar protodeclarativo, juego funcional, atención conjunta. En la sección B, el medico comprueba el comportamiento del niño y las respuestas de los padres en la sección A.

El test tiene 5 ítems clave, tres de ellos se refieren a atención conjunta (3 ítems) y al juego simbólico (2 ítems). Los niños que fallan los 5 ítems clave son clasificados como de alto riesgo de autismo; los que fallan al menos dos de atención conjunta pero no llegan a fallar los 5 ítems clave son clasificados de riesgo medio; y los que fallan dos ítems clave pero que

no cumplen el criterio para ser clasificados en el grupo de riesgo medio, son clasificados como de riesgo bajo.

Este instrumento fue desarrollado en una población de 16 235 niños de 18 meses a quienes se les realizó dos procedimientos más a los 3 y 5 años; sin embargo, el seguimiento de los casos fue hasta los 7 años para establecer la sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y valor predictivo negativo.

De acuerdo con la investigación, se identificaron 19 casos a los 18 meses. Con el seguimiento realizado lograron detectar 50 casos. En cuanto a la sensibilidad del instrumento obtuvo 38% mientras que la especificidad fue de 98%. El valor predictivo positivo fue maximizado por la concentración del grupo de mayor riesgo. Al realizar una segunda evaluación un mes después, el VPP incrementó a un 75%, se redujo la sensibilidad en un 20% pero la especificidad estuvo cerca al 100%. Así mismo, el instrumento identificó alteración del desarrollo en niños con problemas de lenguaje y otros del desarrollo.

Años más tarde, Robin³⁰ desarrolla el M-CHAT uno de los instrumentos más conocidos y utilizados en diversos países. Este instrumento fue validado en Estados Unidos con una población de 1293 niños. Presentó sensibilidad de 0,87; una especificidad de 0,99; un valor predictivo positivo de 0,80 y un valor predictivo negativo de 0,99. Mediante estos resultados, los investigadores consideraron como un instrumento adecuado para ser empleado en niños de 18 y 30 meses.

El instrumento consta de 23 ítems, seis de los cuales fueron identificados como críticos mediante un análisis discriminante. Los ítems son el 2 (Muestra interés por otros niños); el 7 (Suele señalar con el dedo

para indicar que algo le llama la atención); el 9 (Suele traerle objetos para enseñárselos); el 13 (imitación); el 14 (respuesta al nombre); y el 15 (seguimiento visual de actos de señalar).

Actualmente el instrumento M-CHAT, sufrió una modificación por parte de sus creadores, el cuestionario M-CHAT- R³¹ fue diseñado en el año 2009 por Diana Robins, Debora Fein y Marianne Barton para evaluar el riesgo de los niños de entre 16 y 30 meses de tener una condición del espectro autista.

Este instrumento es de formato sencillo que puede, inclusive, ser autoadministrado por los padres sin presencia del personal de salud; consta de 20 preguntas cerradas, cuyas respuestas son dicotómicas de SI/NO, en el que por cada fallo en la pregunta suma un punto en contra, sumando un total de 20 puntos los cuales se miden: BAJO RIESGO (0 -2 puntos), RIESGO MEDIO (3 – 7 puntos) y RIESGO ALTO (8 – 20 puntos). Consta además de tres preguntas claves que son el ítem 2 (¿Alguna vez se ha preguntado si su hijo/a es sordo?), ítem 5 (¿Hace su hijo movimientos inusuales con sus dedos cerca de sus ojos?) y el ítem 12 (¿Le molestan a su hijo los ruidos cotidianos?).

En caso de que el niño obtuviese una puntuación de riesgo medio, se considerará una segunda evaluación a los niños mayores de 24 meses con el instrumento M-CHAT-R/F, el cual consta con las mismas preguntas, pero se evalúa mediante PASA/NO PASA.

Otro instrumento que está siendo utilizado es el Quantitative-CHAT³², desarrollado por los mismos creadores del CHAT. Diseñado para mejorar la sensibilidad, seleccionando los ítems más predictivos del CHAT, los ítems con mayor especificidad de otros instrumentos de cribado y con

algunos ítems nuevos. Los 25 ítems resultantes se presentan en un cuestionario para padres en formato de respuesta tipo Likert con 5 niveles para poder expresar con mayor precisión la frecuencia de cada conducta. La puntuación máxima es 100, este cuestionario está adaptado para administrarlo a padres con hijo de 18 a 48 meses de edad.

IMPORTANCIA DE LA DETECCIÓN PRECOZ DE LOS TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA

La Organización Mundial de la Salud, estableció tres niveles de prevención frente a la enfermedad de la persona (individuo o comunidad):

- Prevención Primaria, cuyo objetivo es evitar la adquisición de la enfermedad mediante vacunas, eliminación de riesgos ambientales, educación sanitaria, etc.
- Prevención Secundaria, encaminada a detectar la enfermedad en estadios incipientes y reversibles, cuyas medidas están encaminadas a impedir su progresión.
- Prevención Terciaria, medidas dirigidas al tratamiento y rehabilitación de la enfermedad para ralentizar su progresión

Frente a este contexto, es necesario abordar el Trastorno del Espectro Autista mediante la prevención secundaria, la cual implica actividades de detección precoz y tratamiento oportuno, ya que aún no se conoce la causa exacta que desarrolla esta condición.

La prevención secundaria en salud tiene como propósito evitar el progreso de las enfermedades y limitar la invalidez de las personas, tiene como actividades la detección precoz mediante programas o instrumentos de cribados o screening, los cuales conllevan a un tratamiento oportuno.

Como lo menciona Viñes J³³, “La detección precoz por medio de un Screening o cribado, tiene un fin: tratar la enfermedad. Sin tratamiento no hay prevención secundaria”. Aunque esto no implique necesariamente el diagnóstico en sí, se requieren de pruebas más específicas para la confirmación diagnóstica. Por lo tanto, estas pruebas se realizan en las personas que tienen la probabilidad de tener la enfermedad y no para diagnosticar su salud.

La detección precoz, en este caso del trastorno del espectro autista, es una medida necesaria para la salud pública y economía del país; pues independientemente del trastorno, la detección y el tratamiento tardío son considerados como un problema del sistema de salud. Realizar pruebas de cribado o screening de TEA durante las evaluaciones de crecimiento y desarrollo en niños de 18 meses en adelante mejora los pronósticos de los niños.

Mediante la atención temprana se puede intervenir a los niños con TEA, a su familia y al entorno; las necesidades temporales o permanentes son el objetivo de esta atención. El estrés familiar, la capacidad de afrontamiento y la adaptación social son algunos de los aspectos a trabajar para crear mejores condiciones para los niños.

Muchos profesionales resaltan la importancia de la identificación de signos y el diagnóstico precoz, para tal es necesario considerar al niño como un ser biopsicosocial y espiritual; en donde participa todo un equipo de salud y de manera inter y transdisciplinar. Este equipo muchas veces está conformado por psicólogos, psicopedagogos, logopedas, fisioterapeutas, psicomotricistas, neuropediatras y podríamos incluir al profesional de enfermería.

TEORÍA DE ENFERMERÍA

Modelo de Promoción de la Salud Nola Pender

Enfermería es una profesión que abarca muchos campos, además de ser reconocida por su desempeño en el área clínica, ha ido destacando, también, por sus aportes en la investigación sobre su objeto de estudio: El Cuidado; para el cual, las enfermeras han estudiado a la persona, la influencia del entorno en su salud para definir a la profesión.

Frente a los Trastornos del Espectro Autista, el trabajo de la enfermera también adquiere un importante rol, pues son ellas quienes identifican de manera temprana alteraciones en el crecimiento y desarrollo del niño, son ellas quienes tienen la capacidad de actuar frente a estas alteraciones, y son quienes tienen primer contacto con los padres.

METAPARADIGMAS DESARROLLADOS EN LA TEORÍA

PERSONA

Las personas buscan crear condiciones de vida mediante las cuales puedan expresar su propio potencial de la salud humana.

Las personas valoran el crecimiento en las direcciones observadas como positivas y el intento de conseguir un equilibrio personalmente aceptable entre el camino y la estabilidad. Los individuos buscan regular de forma activa su propia conducta

CUIDADO O ENFERMERÍA

El bienestar como especialidad de la enfermería, ha tenido su auge durante el último decenio, responsabilidad personal en los cuidados sanitarios es la base de cualquier plan de reforma de tales ciudadanos y la

enfermera se constituye en el principal agente encargado de motivar a los usuarios para que mantengan su salud personal.

SALUD

Esta teoría identifica en el individuo factores cognitivos-preceptuales que son modificados por las características situacionales, personales e interpersonales, lo cual da como resultado la participación en conductas favorecedoras de salud, cuando existe una pauta para la acción.

El modelo de promoción de la salud sirve para identificar conceptos relevantes sobre las conductas de promoción de la salud y para integrar los hallazgos de investigación de tal manera que faciliten la generación de hipótesis comprobables.

ENTORNO

Las personas interactúan con el entorno teniendo en cuenta toda su complejidad biopsicosocial, transformando progresivamente el entorno y siendo transformados a lo largo del tiempo.

Los profesionales sanitarios forman parte del entorno interpersonal, que ejerce influencia en las personas a lo largo de la vida. La reconfiguración iniciada por uno mismo de las pautas interactivas de la persona entorno es esencial para el cambio de conducta

MODELO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

El Modelo de Promoción de la Salud (MPS) expone cómo las características y experiencias individuales, así como los conocimientos y afectos específicos de la conducta llevan al individuo a participar o no en

comportamientos de salud, toda esta perspectiva Pender la integra en el siguiente diagrama del Modelo de Promoción de la Salud:

En este esquema se pueden ubicar los componentes por columnas de izquierda a derecha; la primera trata sobre las características y experiencias individuales de las personas y abarca dos conceptos: conducta previa relacionada y los factores personales.

Sobre las características y Experiencias Individuales:

- El primer concepto se refiere a experiencias anteriores que pudieran tener efectos directos e indirectos en la probabilidad de comprometerse con las conductas de promoción de la salud.

Muchas veces el cuidador desconoce la sintomatología que pueden presentar los niños con TEA, consideran ciertos signos “normales” que pueden desaparecer conforme el niño crezca y lo pasan desapercibido.

- El segundo concepto describe los factores personales, categorizados como biológicos, psicológicos y socioculturales, los cuales de acuerdo con este enfoque son predictivos de una cierta conducta, y están marcados por la naturaleza de la consideración de la meta de las conductas.

Aun no existe causa específica del Trastorno Espectro Autista, predecirlo desde el nacimiento es difícil, sin embargo, conforme el niño crece se observan signos de alarma que, con una temprana detección permitirá una intervención precoz.

Sobre las cogniciones y afectos relativos a la conducta específica:

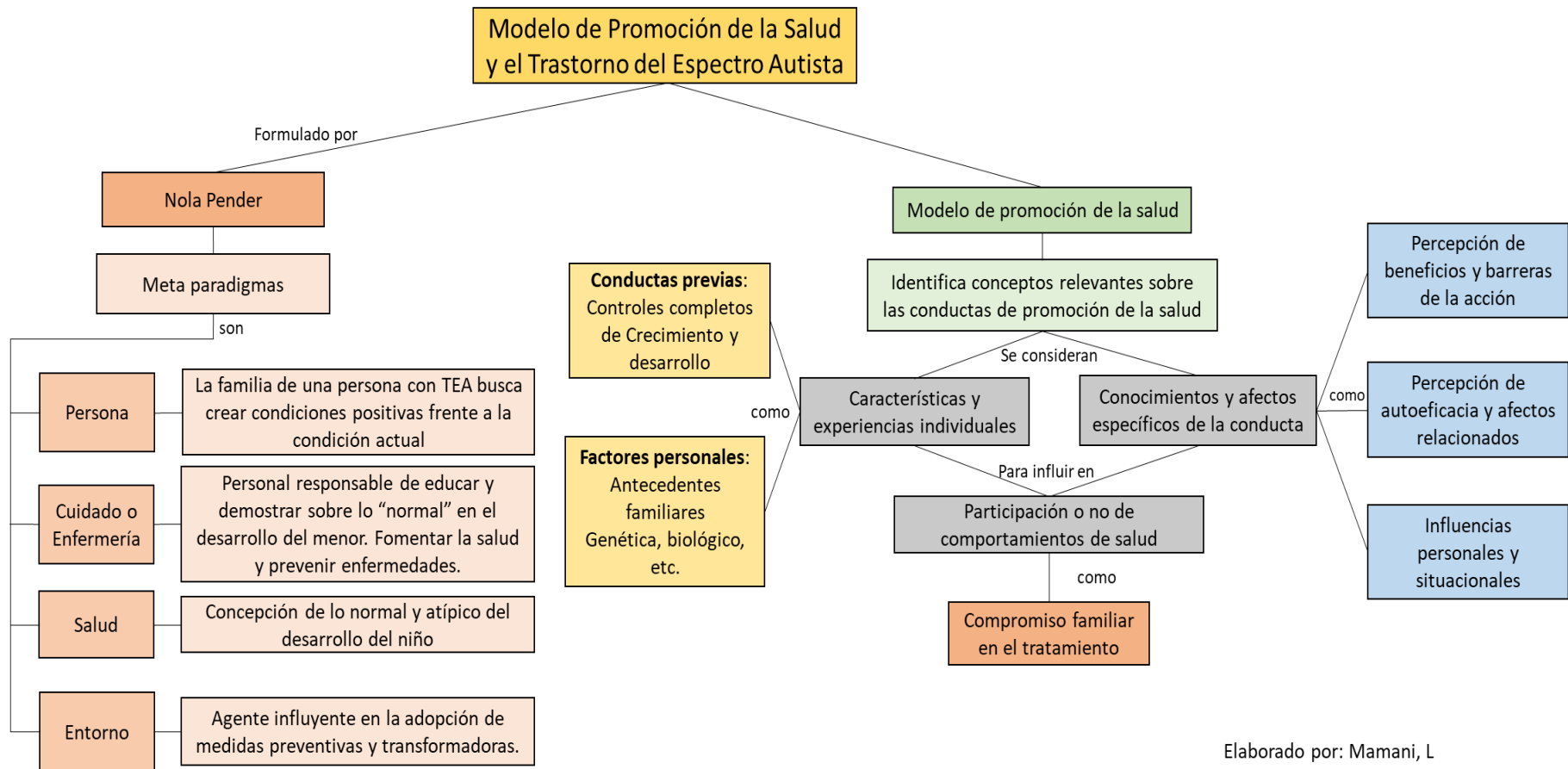
Son los componentes centrales del modelo y se relacionan con los conocimientos y afectos (sentimientos, emociones, creencias) específicos de la conducta, comprende 6 conceptos:

- El primero corresponde a los beneficios percibidos por la acción, que son los resultados positivos anticipados que se producirán como expresión de la conducta de salud. El padre de familia o cuidador de un niño con riesgo de presentar Trastorno del Espectro Autista será evaluará el beneficio obtenido mediante el diagnóstico precoz y tratamiento oportuno, disminuyendo los grados de alteración de las demás áreas.
- El segundo se refiere a las barreras percibidas para la acción, apreciaciones negativas o desventajas de la propia persona que pueden obstaculizar un compromiso con la acción, la mediación de la conducta y la conducta real. Puede implicar la situación económica del cuidador, al pensar el costo que implicaría las evaluaciones para el diagnóstico, las intervenciones.
- El tercer concepto es la auto eficacia percibida, representa la percepción de competencia de uno mismo para ejecutar una cierta conducta, conforme es mayor aumenta la probabilidad de un compromiso de acción y la actuación real de la conducta. La eficacia percibida de uno mismo tiene como resultado menos barreras percibidas para una conducta de salud específica. El compromiso del cuidador es fundamental para obtener resultados positivos frente a la mejora del niño, tanto en la detección como en la intervención.

- El cuarto componente es el afecto relacionado con el comportamiento, son las emociones o reacciones directamente afines con los pensamientos positivos o negativos, favorables o desfavorables hacia una conducta.
- El quinto concepto habla de las influencias interpersonales, se considera más probable que las personas se comprometan a adoptar conductas de promoción de salud cuando los individuos importantes para ellos esperan que se den estos cambios e incluso ofrecen ayuda o apoyo para permitirlos; finalmente. Se tiene presente la presencia y apoyo de la familia para adoptar estas conductas promocionales y preventivas.
- El último concepto de esta columna, indica las influencias situacionales en el entorno, las cuales pueden aumentar o disminuir el compromiso o la participación en la conducta promotora de salud. El entorno ocupa un lugar importante, la adaptación a este tanto del cuidador con su hijo como de la sociedad con el niño con TEA.

Sobre el resultado conductual:

Los diversos componentes influyen en la adopción de un compromiso para un plan de acción, es decir para la conducta promotora de la salud; en este compromiso pueden influir, además, las demandas y preferencias contrapuestas inmediatas. En las primeras se consideran aquellas conductas alternativas sobre las que los individuos tienen un bajo control porque existen contingentes del entorno, como el trabajo o las responsabilidades del cuidado de la familia, en cambio las preferencias personales posibilitan un control relativamente alto sobre las acciones dirigidas a elegir algo.



Elaborado por: Mamani, L

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

2.3.1. Trastorno del espectro autista

Es una de las alteraciones del neurodesarrollo de las personas, en donde se ve afectado principalmente las áreas de la comunicación y lenguaje, el área social y el área motor.

2.3.2. Signos de detección del TEA

Conjunto de características que determinan la existencia del trastorno del espectro autista, las cuales están estandarizadas para el diagnóstico precoz según el DSM V, pero que varían en grados de intensidad, edad, entre cada persona.

Mediante la revisión de la literatura, se considera como signos de alarma:

- La dificultad para establecer relaciones sociales.
- La “ausencia” de respuesta frente a la demostración de sentimientos.
- Movimientos repetitivos o estereotipados.
- Dificultad para expresarse.
- Retroceso anormal de su desarrollo.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

La investigación propuesta es de tipo exploratoria porque permitirá identificar signos de alarma del trastorno del espectro autista en la población de niños menores de 36 meses. No experimental, de tipo transversal.

3.2. POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO

Población: La población de estudio estuvo constituida por los niños menores de 36 meses, que han acudido a sus controles de crecimiento y desarrollo entre los meses de enero a junio del año 2017 y que presentan o han presentado riesgo o trastorno del desarrollo, siendo un total de 288 niños. Para la investigación, se excluyeron a los niños que presentaron cambio de domicilio o registraron un domicilio falso. Así mismo, por formato del cuestionario, se consideró principalmente a los niños de 16 a 30 meses.

Muestra: Para obtener el tamaño de la muestra se utilizó la fórmula estadística para población finita, con un grado de confianza del 95% (1,96) y la probabilidad de error de 5%, dando como resultado 133 niños.

Muestreo: Se utilizó el muestreo probabilístico sistemático, con una constante de 2. Para seleccionar la muestra se hizo un listado de los niños que habían registrado un diagnóstico de riesgo y/o trastorno del desarrollo, se depuraron a aquellos con datos erróneos registrados.

Durante las ubicaciones del domicilio se encontraron situaciones como domicilios falsos, ausencias por viajes, cambio de domicilio, etc., lográndose aplicar el instrumento a 74 niños.

3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la recolección de datos se utilizó la técnica de la encuesta, aplicada por la investigadora mediante la visita domiciliaria.

El instrumento utilizado fue el M-CHAT R, en el que se consideró datos como edad, sexo y cuidador del menor; así mismo, es un instrumento de formato simple elaborado por Robins D. et al²⁹, cuya estructura presenta 20 preguntas cuyas respuestas son dicotómicas de SI/NO, tiene una duración de entre 3 a 5 minutos, las cuales pueden ser respondidas por el mismo cuidador durante las consultas de crecimiento y desarrollo o aplicadas por el personal de salud experto.

Este cuestionario permite identificar alteraciones específicas para TEA en el desarrollo de habilidades y conductas del menor. Presenta tres preguntas consideradas claves en la evaluación de riesgo: el ítem 2, el ítem 5 y el ítem 12; los cuales evalúan si alguna vez ha considerado que su hijo/a es sordo, realiza el menor movimientos inusuales con sus dedos frente a los ojos y le molestan los ruidos cotidianos, respectivamente.

El instrumento puede obtener un máximo de 20 puntos, cuyos criterios de medición son Bajo Riesgo (0-2 puntos), Riesgo Medio (3-7 puntos) y Riesgo Alto (8-20 puntos).

El algoritmo de puntuación según los autores es: Para todos los ítems, excepto el 2, 5 y 12, la respuesta "NO " indica riesgo de TEA; para los ítems 2, 5, y 12, "SÍ " indica riesgo de TEA.

- **BAJO RIESGO:** Puntaje total de 0-2 si el niño es menor de 24 meses, evaluar nuevamente luego de cumplidos los 2 años. No hace falta ninguna acción al menos que al observarle haya algún indicio de riesgo para TEA.

- **RIESGO MEDIO:** Puntaje total de 3-7. Administre el cuestionario de seguimiento (segunda etapa del M-CHAT-R/F) para obtener información adicional sobre las respuestas de riesgo. Si el puntaje del M-CHAT-R/F continua en 2 o más, el niño se evalúa como positivo. Acción requerida: refiera al niño para una evaluación de diagnóstico y una evaluación de elegibilidad para intervención temprana. Si el puntaje del Seguimiento e 0-1, la evaluación es negativa. No se requiere ninguna otra acción al menos que por observación se considere en riesgo de TEA. El niño debería ser re-evaluado cuando vaya sus chequeos anuales futuros.

- **ALTO RIESGO:** Puntuación total entre 8-20. Es aceptable prescindir de la entrevista de seguimiento y se debe remitir el caso de inmediato para evaluación diagnóstica y para determinar necesidad de intervención temprana.

Así mismo, se obtuvo la validez y confiabilidad del instrumento mediante la validación de expertos y prueba piloto, obteniéndose:

- Validez del instrumento: DPP: 1,06 adecuación total para la aplicación del instrumento (Ver Anexo N° 4)

- Confiabilidad: Alfa de Cronbach 0,703 considerado como valor aceptable (Ver Anexo N° 4)

3.4. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para recolectar la información se solicitó el padrón de niños atendidos en el área de control de crecimiento y desarrollo durante el primer semestre del año 2017. Luego se procedió a identificar a los niños entre 16 y 30 meses que habían tenido un diagnóstico de riesgo o trastorno del desarrollo

Con los permisos requeridos y el listado se ubicó los domicilios de los niños pertenecientes a la jurisdicción del centro de salud. Se encuestó a los cuidadores principales del menor, a quienes se les dio a conocer los objetivos de la investigación, leyó ítem por ítem el instrumento y se hizo firmar el consentimiento informado. (Ver Anexo N° 3)

En caso de no encontrar el domicilio o no encontrar el niño, se tomó como alternativa el niño que estaba anterior o posterior a este. Durante la ubicación del domicilio se encontró situaciones como domicilios falsos, ausencia por viajes, cambios de domicilios.

3.5. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Una vez obtenida la información se ordenó, codificó, luego se elaboró una base de datos en programa Excel de Microsoft Windows 2016; el procesamiento de los mismos se realizó utilizando el software estadístico informático Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) v 25,0. Para en análisis univariado se utilizó la estadística descriptiva (frecuencia absoluta, frecuencia relativa simple y acumulada).

CAPÍTULO IV DE LOS RESULTADOS

4.1. RESULTADOS

En esta sección se presenta los resultados de la investigación en tablas y gráficos estadísticos, teniendo en cuenta el objetivo de la investigación.

Se describe a continuación cada uno de las tablas que responden a los mismos.

TABLA N°01

**CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE NIÑOS
QUE ACUDEN AL CONTROL DE CRED
DEL C.S. SAN FRANCISCO
TACNA, 2017**

		Nº	%
GRUPO EDAD (MESES)	16-20	29	39,19
	21-25	20	27,03
	26-30	25	33,78
	Total	74	100,00
SEXO	Masculino	44	59,46
	Femenino	30	40,54
	Total	74	100,00

Fuente: Padrón de niños atendidos en el I semestre del año 2017 del C.S. San Francisco

Elaborado por: Bach. Mamani L.

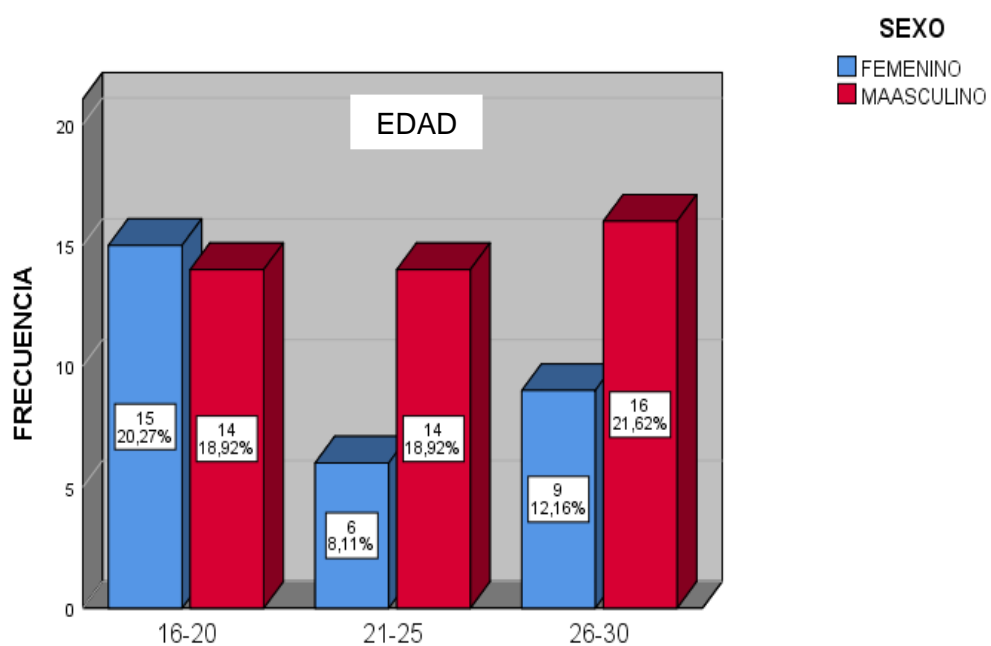
DESCRIPCIÓN

Se observa que, el 39,19% de los niños tienen edad entre 16-20 meses, el 33,78% se encuentra entre los 26-30 meses y en menor proporción con 27,03% entre 21-25 meses.

Respecto al sexo el 40,54% de los niños estudiados pertenece al sexo femenino y el 59,46% son de sexo masculino.

GRÁFICO N°1

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE NIÑOS QUE ACUDEN AL CONTROL DE CRED DEL C.S. SAN FRANCISCO TACNA, 2017



Fuente: Tabla N° 1

TABLA N°2

**DETECCIÓN DE SIGNOS DE ALARMA DEL TRASTORNO
DEL ESPECTRO AUTISTA EN NIÑOS MENORES
DE 36 MESES SEGÚN ÍTEMS
C.S. SAN FRANCISCO
TACNA - 2017**

ÍTEMS	RESPUESTA			
	SI		NO	
	N	%	N	%
N° 1	74	100	0	0
N° 2	2	2,70	72	97,30
N° 3	70	94,59	4	5,41
N° 4	73	98,65	1	1,35
N° 5	4	5,41	70	94,59
N° 6	74	100	0	0
N° 7	74	100	0	0
N° 8	73	98,65	1	1,35
N° 9	74	100	0	0
N° 10	74	100	0	0
N° 11	74	100	0	0
N° 12	10	13,51	64	86,49
N° 13	74	100	0	0
N° 14	74	100	0	0
N° 15	73	98,65	1	1,35
N° 16	74	100	0	0
N° 17	74	100	0	0
N° 18	74	100	0	0
N° 19	74	100	0	0
N° 20	72	97,30	2	2,70

Fuente: Formato simple Modified Checklist for Autism in Toddlers – Revised with Follow-Up (M-CHAT-R/F) aplicado a los cuidadores de niños menores de 36 meses atendidos en el C.S. San Francisco, Tacna – 2017.

Elaborado por: Robins D, Fein D, & Barton M. (2009)

DESCRIPCIÓN

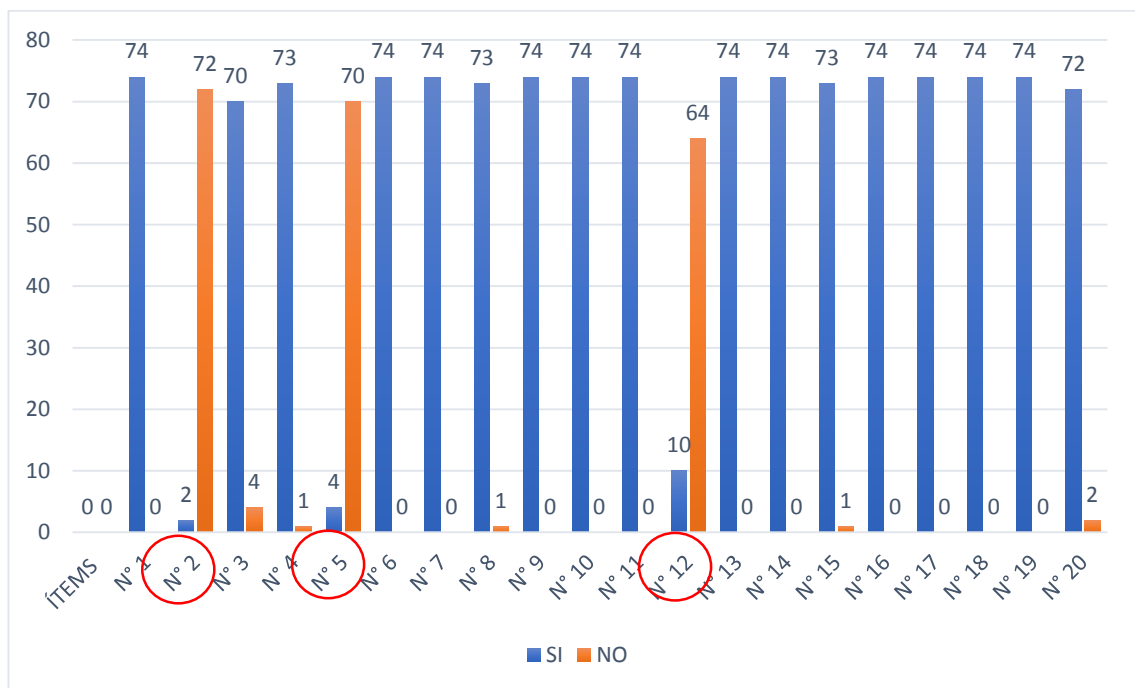
En la tabla N° 2 se observa la respuesta del niño según cada ítem. Siendo los ítems 2, 5 y 12 considerados críticos frente a la detección de un caso de TEA con puntuación en contra, teniendo de esta manera a 2 cuidadores que reportaron de manera afirmativa en la pregunta N° 2 (2,70%), 4 niños que afirmaron en la pregunta N° 5 (5,41%) y 10 niños que lo hicieron en la pregunta N° 12 (13,51%).

En cuanto a los demás ítems, 4 niños no realizan el ítem N°3 (5,41%), 1 niño no realiza el ítem N°4 (1,35%), 1 niño NO realiza el ítem N°8 (1,35), 1 niño NO realiza el ítem N° 15 (1,35), 2 niños NO realizan el ítem N° 20 (2,70).

La puntuación a favor en los ítem críticos así como la negativa en los demás, indicarían casos de TEA según la valoración del cuestionario, o en caso contrario significaría la continuidad del riesgo de retraso en el desarrollo del niño.

GRÁFICO N° 2

DETECCIÓN DE SIGNOS DE ALARMA DEL TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA EN NIÑOS MENORES DE 36 MESES SEGÚN ÍTEMS C.S. SAN FRANCISCO TACNA - 2017



Fuente: Tabla N° 2

TABLA N° 3
DETECCIÓN DE SIGNOS DE ALARMA DEL TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA
EN NIÑOS MENORES DE 36 MESES SEGÚN SEXO Y EDAD
C.S. SAN FRANCISCO
TACNA – 2017

		ÍTEMS																Total
		2		3		4		5		8		12		15		20		Fallos
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
Grupo	16-20	0	29	27	2	28	1	2	27	29	0	4	25	28	1	27	2	12
De	21-25	2	18	19	1	20	0	1	19	20	0	4	16	20	0	20	0	8
Edad	26-30	0	25	24	1	25	0	1	24	24	1	2	23	25	0	25	0	5
(Meses)	TOTAL	2	72	70	4	73	1	4	70	73	1	10	64	73	1	72	2	25
Sexo	Masculino	2	42	42	2	44	0	3	41	43	1	9	35	44	0	42	2	19
	Femenino	0	30	28	2	29	1	1	29	30	0	1	29	29	1	30	0	6
	TOTAL	2	72	70	4	73	1	4	70	73	1	10	64	73	1	72	2	25

Fuente: Formato simple Modified Checklist for Autism in Toddlers – Revised with Follow-Up (M-CHAT-R/F) aplicado a los cuidadores de niños menores de 36 meses atendidos en el C.S. San Francisco, Tacna – 2017.

Elaborado por: Robins D, Fein D, & Barton M. (2009)

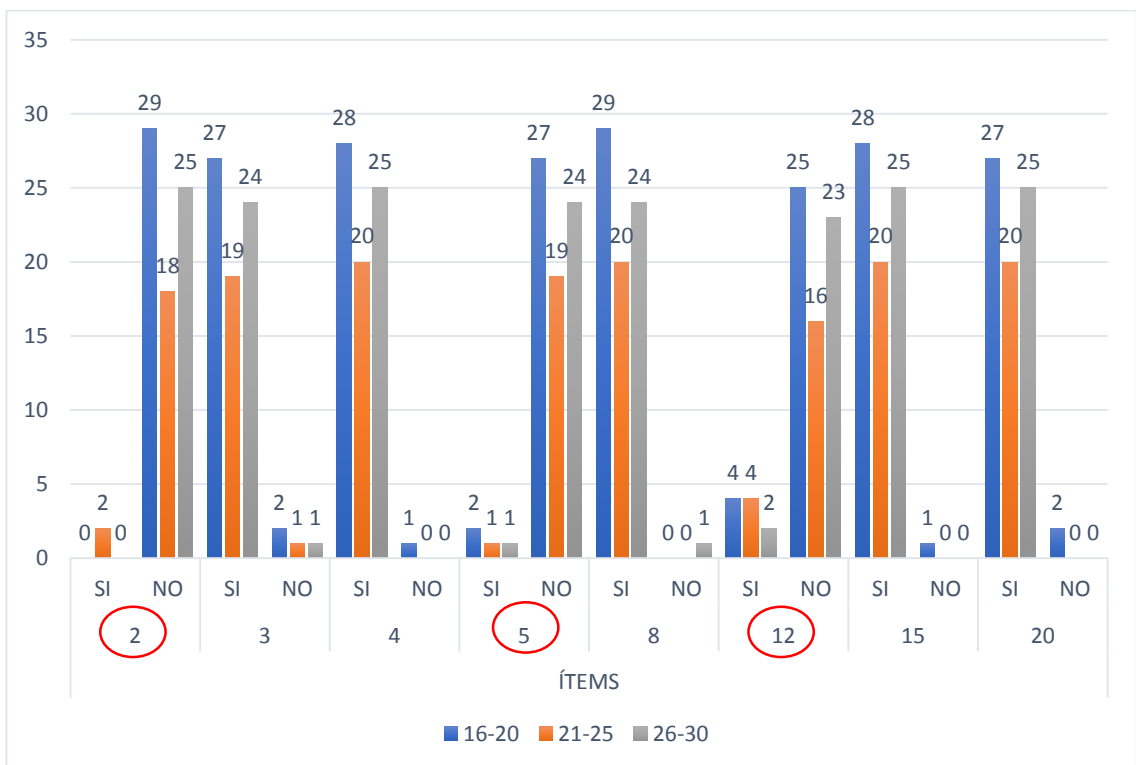
DESCRIPCIÓN

En la tabla se observa los ítems afectados según la distribución de grupo de edad y sexo. En cuanto al grupo de edad tenemos: en el rango de 16-20 meses existió 4 casos de fallo en el ítem 12, 2 casos de fallo en los ítems 3, 5 y 20, y con un caso en el ítem 4 y 15; haciendo un total de 12 casos. En el rango de 21-25 meses, existió 4 casos de fallo en el ítem 12, 2 casos en el ítem 2 y un caso en los ítems 3 y 5, con un total de 8 casos. En el rango de 26-30 meses, hubo 2 casos de fallo en el ítem 12 y un caso en los ítems 3, 5 y 8; con un total de 5 casos

En cuanto al sexo del menor, en el sexo masculino encontramos 9 casos de niños con fallo en el ítem 12, 3 casos en el ítem 5, 2 casos en los ítems 2, 3 y 20, haciendo un total de 19 casos. Según el sexo femenino encontramos 2 casos de fallo en el ítem 3, y un caso en los ítems 4, 5, 12 y 15, con un total de 6 casos.

GRÁFICO N°3-A

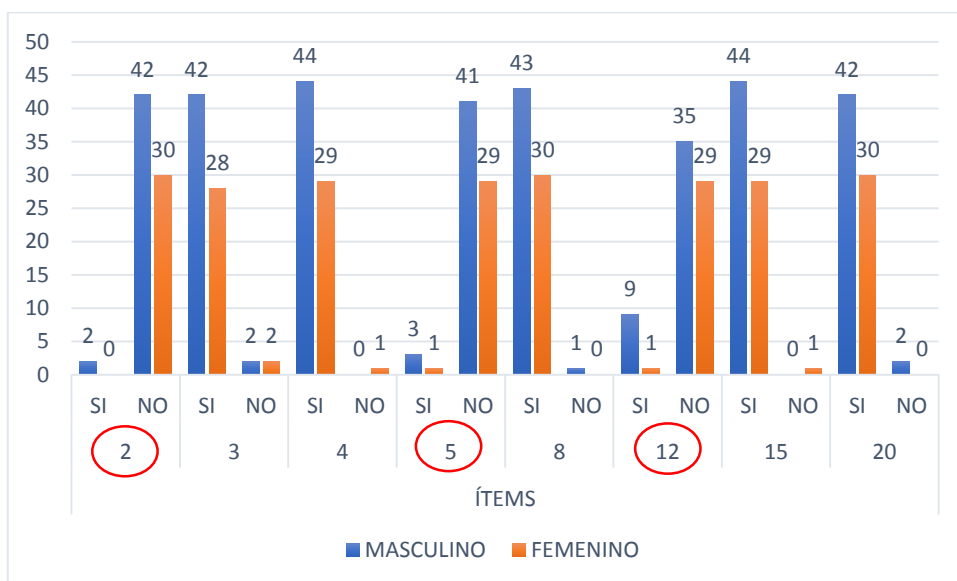
NIVEL DE RIESGO SEGÚN DETECCIÓN DE SIGNOS DE ALARMA DEL TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA Y EDAD C.S. SAN FRANCISCO TACNA – 2017



Fuente: Tabla N° 3

GRÁFICO N°3-B

NIVEL DE RIESGO SEGÚN DETECCIÓN DE SIGNOS DE ALARMA DEL TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA Y SEXO C.S. SAN FRANCISCO TACNA – 2017



Fuente: Tabla N° 3

TABLA N°4

**DETECCIÓN DE SIGNOS DE ALARMA DEL TRASTORNO
DEL ESPECTRO AUTISTA EN NIÑOS MENORES
DE 36 MESES Y RIESGO SEGÚN PUNTAJE
C.S. SAN FRANCISCO
TACNA – 2017**

		PUNTAJE					
		0		1		2	
		N	%	N	%	N	%
GRUPO DE EDAD (MESES)	16-20	20	27,03	6	8,11	3	4,05
	21-25	14	18,92	4	5,41	2	2,70
	26-30	21	28,38	3	4,05	1	1,35
	TOTAL	29	74,33	13	17,57	6	8,10
SEXO	MASCULINO	30	40,54	9	12,16	5	6,76
	FEMENINO	25	33,78	4	5,41	1	1,35
	TOTAL	55	74,32	13	17,57	6	8,11

Fuente: Formato simple Modified Checklist for Autism in Toddlers – Revised with Follow-Up (M-CHAT-R/F) aplicado a los cuidadores de niños menores de 36 meses atendidos en el C.S. San Francisco, Tacna – 2017.

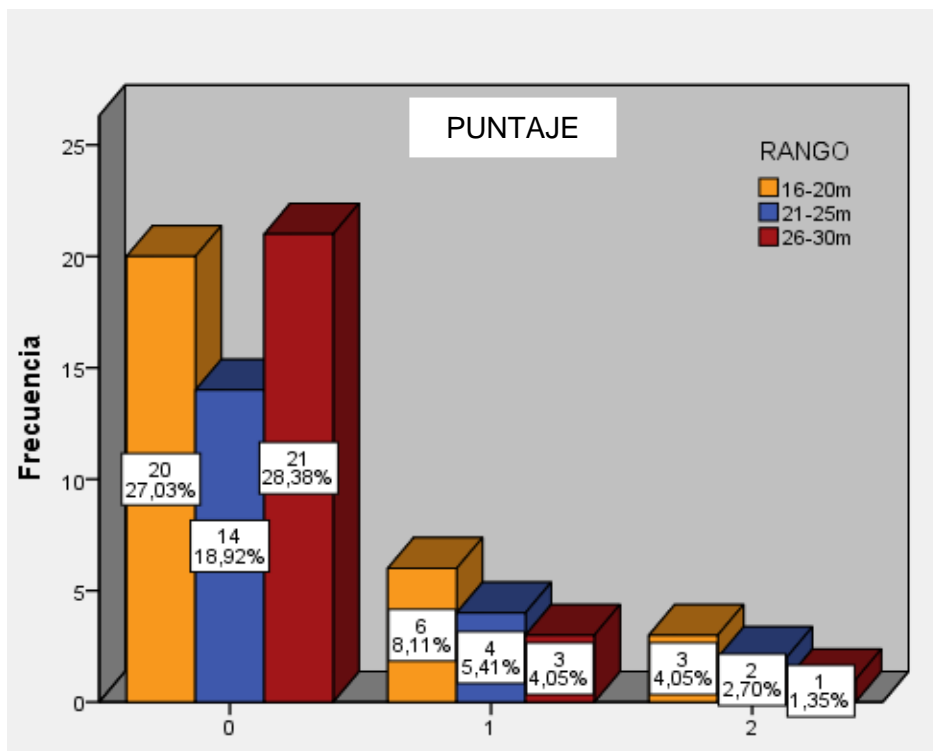
Elaborado por: Robins D, Fein D, & Barton M. (2009)

DESCRIPCIÓN

Como resultado general se obtuvo que el 100% presenta bajo riesgo del Trastorno del Espectro Autista, de los cuales el 74,32% lo presenta con ninguna pregunta, con una pregunta 17,57% y con dos preguntas 8,11%. Por lo tanto, aunque el 25,68% ha tenido fallos en los ítems, este porcentaje indica una reevaluación y seguimiento en el control del desarrollo del menor, de ser necesario una derivación al especialista. Así mismo, estos resultados resaltan la asistencia de la enfermera en la educación a los padres para la estimulación de sus niños dependiendo del área afectada, así como su posterior evaluación.

GRÁFICO N°4-A

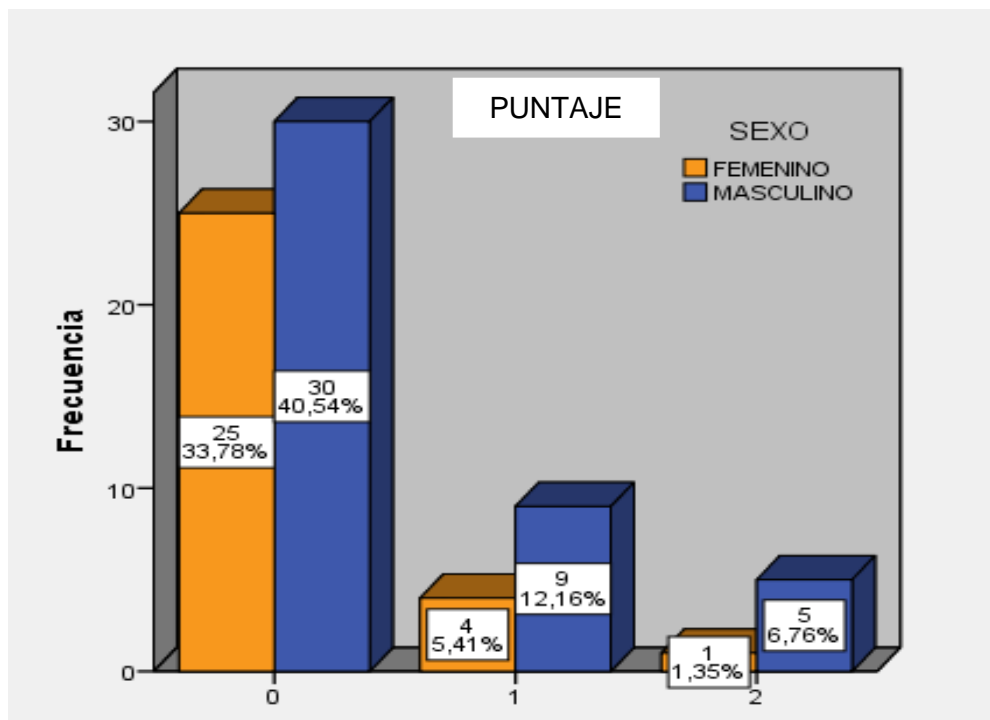
DETECCIÓN DE SIGNOS DE ALARMA DEL TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA EN NIÑOS MENORES DE 36 MESES SEGÚN PUNTAJE Y EDAD C.S. SAN FRANCISCO TACNA - 2017



Fuente: Tabla N°4

GRÁFICO N° 4-B

DETECCIÓN DE SIGNOS DE ALARMA DEL TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA EN NIÑOS MENORES DE 36 MESES SEGÚN PUNTAJE Y SEXO C.S. SAN FRANCISCO TACNA - 2017



Fuente: Tabla N° 4

4.2. DISCUSIÓN

Los riesgos o trastornos del desarrollo son problemas que no son valorados por la sociedad hasta que realmente se ven afectados por estos. Día a día se presentan estudios con nuevos descubrimientos como es el caso del Trastorno del Espectro Autista (TEA), una alteración del neurodesarrollo que poco a poco se va estudiando para obtener mejores diagnósticos.

Durante la recolección de datos, en la investigación, se estudió a niños menores de 36 meses que presentaron riesgo o trastorno del desarrollo en las distintas áreas (comunicación, motor, social o mixta) durante sus controles de crecimiento y desarrollo en los meses de enero a junio del 2017, pudiéndose encuestar a un total de 74 niños representados por el 59,46% del sexo masculino y 40,54% sexo femenino.

La edad es importante frente al estudio del Trastorno del Espectro Autista porque mientras más temprano se detecte y diagnostique, el niño tendrá un mejor pronóstico para su vida.

En este estudio, se clasificó la edad en rango, siendo el rango de 16 – 20 meses el que tuvo mayor respuesta 30,19%. En contraste con la investigación “Validation of the Modified Checklist for Autism in Toddlers, Revised With Follow-up (M-CHAT-R/F) Robins et al⁷, en cuyo trabajo se obtuvo que la edad con mayor riesgo fueron los 26 meses. Así mismo, Gutson K³⁴ afirma que alrededor de los 18 meses se pueden constatar de varios signos característicos de este trastorno. Entonces se concluye que los niños de 20 y 24 meses son una edad promedio para detectar posibles casos de TEA, aunque se puede evidenciar signos de alarma desde los 16 meses.

Limon A³⁵, en su artículo titulado “Importance of early detection in autism spectrum disorder”. Indica que la intervención temprana en niños diagnosticados con TEA antes de los 2 años mejorará su pronóstico. Así mismo, menciona que los casos de TEA pueden ser detectados en niños y niñas menores de los 18 meses. Sin embargo, aquellos padres y expertos en el tema pueden observar signos antes de esa edad.

Manzone L.³⁶, en su estudio “Adaptación y validación del MODIFIED CHECKLIST FOR AUTISM IN TODDLER en la población urbana argentina” halló un mayor porcentaje significativo de niños y niñas que resultaron positivos en el M-CHAT en edades menores de 20 meses con un 7,2% frente a niños y niñas superiores a 21 meses con 1,4%.

Otra característica que se describe en los casos de TEA es lo referente al sexo, el estudio muestra que el sexo masculino presenta bajo riesgo con 59,46% y la población femenina con un 40,54%.

Si se considerara solo a los niños que dieron fallo negativo de acuerdo al ítem tenemos que, el 18,92% del sexo masculino presenta bajo riesgo mientras que la población femenina presenta bajo riesgo con un 6,76%. Existiendo una relación de 3:1, datos que se asemejan con los estudios de Talero-Gutierrez C, Rodriguez M, De la Rosa D, Morales G, Velez Van-Meerbeke A³⁷. en su trabajo “Caracterización de niños y adolescentes con trastornos del espectro autista en una institución de Bogotá, Colombia 2012” indican que existió mayor predominancia masculina con una relación de 6:1. Así mismo, el Centro para Control y Prevención de Enfermedades (CDC siglas en Inglés) indica que el TEA es 4,5 veces más común entre niños (1 en 42) que entre niñas (1 en 189). Se puede concluir que persiste la predominancia en el sexo, siendo más afectado el varón.

El instrumento M-CHAT-R presenta preguntas o ítems claves (2, 5 y 12) con puntuación en contra que pueden indicar un caso de TEA. Estos ítems indican si el niño escucha su nombre u otras órdenes, si realiza movimientos inusuales con los dedos cerca a los ojos y si existe molestia/incomodidad por ruidos cotidianos o no excesivamente altos. Así mismo, fallar en los otros ítems indicaría un mayor riesgo a presentarse un caso de TEA.

Los resultados obtenidos fueron: 2 niños que SÍ realizan la actividad de la pregunta N° 2 (2,70%), 4 niños que fallaron en la pregunta N° 5 (5,41%) y 10 niños que SÍ realizan la actividad de la pregunta N° 12 (13,51%). En cuanto a los demás ítems, 4 niños no realizan el ítem N°3 (5,41%), 1 niño no realiza el ítem N°4 (1,35%), 1 niño no realiza el ítem N°8 (1,35), 1 niño no realiza el ítem N° 15 (1,35), 2 niños no realizan el ítem N° 20 (2,70).

La puntuación a favor en los ítems críticos, así como la negativa en los demás, pueden indicar riesgo de casos de TEA según la valoración del cuestionario, o en caso contrario significaría la continuidad del riesgo de retraso en el desarrollo del niño.

El Instituto Nacional de Salud Mental (NIMS siglas en inglés) así como CIE 10 y DSM V consideran como principales signos del TEA: Repetir ciertas conductas o tener comportamientos inusuales, tender a mirar o escuchar menos a las personas a su alrededor, no responder o demorarse para responder a su nombre u otros intentos verbales para captar su atención, entre otras.

Según los resultados obtenidos se encontró que, de acuerdo a los criterios de evaluación del instrumento, el 100% presenta bajo riesgo de presentar Trastorno del Espectro Autista, el 74,32% lo presenta con

ninguna pregunta, con una pregunta 17,57% y con dos preguntas 8,11%, lo que indica que existe el riesgo de desarrollarse algún caso de TEA siendo necesaria una posterior evaluación del ítem afectado para evitar complicaciones mayores del desarrollo.

En la discusión de resultados de la investigación de Robin⁷, la investigación consideró las 3 formas de riesgo, en donde los niños obtuvieron un resultado de bajo riesgo con un 93% de los casos, los cuales no fue necesario seguir con el M-CHAT R/F ni de ninguna otra evaluación adicional a menos que se desarrolle posteriormente algún riesgo.

Con el estudio se pudo detectar signos de alarma del Trastorno del Espectro Autista en niños que han sido diagnosticados con riesgo o trastornos del desarrollo en los controles de crecimiento y desarrollo mediante el uso del instrumento M-CHAT-R.

Mediante estos resultados podemos afirmar nuestra hipótesis alternativa, la cual afirma la presencia de signos de alarma en niños menores de 36 de meses de edad con riesgo o retraso del desarrollo, sin embargo, el nivel de riesgo presentado es bajo.

Con los datos obtenidos en la investigación se resalta la importancia del trabajo del personal de enfermería en la evaluación y control del crecimiento y desarrollo, poniendo énfasis en este último, del niño. Un buen desempeño en esta área va a permitir un mejor pronóstico en la vida del niño, de la familia y la comunidad.

CONCLUSIONES

- Se detectaron signos de alarma presentes en los niños con riesgo o trastorno del desarrollo, siendo los ítems afectados 2, 3, 4, 5, 8, 12, 5 y 20, los que indican respectivamente: si el menor aparentemente no escucha, si no juega juegos de imaginación, no le gusta subir a las cosas, realiza movimientos inusuales con los dedos de la mano frente a los ojos, no muestra interés en otros niños, le molestan los ruidos cotidianos, imita movimientos o no le gustan los juegos de movimiento. Presentándose más fallos en el ítem 12.
- En cuanto a los signos de alarma con los ítem afectados y según la edad y sexo se encontró que, el rango de 16-20 meses presentó mayor riesgo con un total de 12 casos distribuidos: 4 casos de fallo en el ítem 12, 2 casos de fallo en los ítems 3, 5 y 20, y con un caso en el ítem 4 y 15. En el rango de 21-25 meses se encontraron 8 casos de riesgo: existió 4 casos de fallo en el ítem 12, 2 casos en el ítem 2 y un caso en los ítems 3 y 5. El rango de 26-30 meses detectó 5 posibles casos: hubo 2 casos de fallo en el ítem 12 y un caso en los ítems 3, 5 y 8. En cuanto a los signos de alarma y el sexo del menor, encontramos 19 casos de niños y 6 casos de niñas. Evidenciando una relación de 3:1.
- El riesgo de trastorno del espectro autista con la edad dio como resultado BAJO RIESGO (en un 100%, de los cuales el 74,32% lo presenta con ninguna pregunta, con una pregunta 17,57% y con dos preguntas 8,11%. Sin embargo, son 13 niños que fallaron en uno o dos ítems (25,68%), lo que indica un seguimiento en la evaluación de su desarrollo).

RECOMENDACIONES

- Se recomienda al personal de salud del C.S. San Francisco, en especial al profesional de enfermería encargado del Crecimiento y desarrollo del niño, realizar el seguimiento a aquellos niños que han presentado fallo en algunos ítems, ya sea para detectar TEA o la continuidad de la alteración del desarrollo del menor.
- Se debe sensibilizar a los padres de familia que acuden a los controles de crecimiento y desarrollo sobre la importancia de éstos para la detección e intervención oportuna frente a distintos trastornos y enfermedades del desarrollo.
- Enfatizar en los programas de atención a la primera infancia la implementación de instrumentos de cribado para detecciones tempranas como el M-CHAT-R en los controles de crecimiento y desarrollo que realiza enfermería. Esto favorecería una pronta detección y, por tanto, una intervención temprana, bases para un buen pronóstico de las personas con TEA.
- Fortalecer la formación de los profesionales de la salud en especial a la enfermera sobre aspectos como psicología y trastornos del desarrollo. Así mismo, el profesional de enfermería puede realizar intervenciones específicas de TEA relacionadas a la estimulación temprana.
- Resulta importante también, la presencia de enfermeras en centros educativos o de cuidado del menor, generalmente es en esta edad que los padres dejan a sus niños en los llamados CUNA MAS, guarderías, en donde pasan desapercibidos los signos.

REFERENCIAS

1. Instituto nacional de estadística e informática. Encuesta demográfica y de salud familiar en proporción de menores de 36 meses con controles de crecimiento y desarrollo completo para su edad, según característica seleccionada, 2012-2017 I semestre.
2. Lineamientos para la Gestión Articulada Intersectorial e Intergubernamental orientada a Promover el Desarrollo Infantil Temprano, denominados “Primero la Infancia”. DECRETO SUPREMO N° 010-2016-MIDIS. El Peruano, (28 de julio del 2016)
3. OMS Nota Descriptiva. Trastornos Del Espectro Autista. OMS. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/autism-spectrum-disorders/es/> (último acceso 19 junio 2017).
4. CONADIS Notas Informativas. CONADIS Se Suma A La Campaña “Luz Azul Por El Autismo 2016”. CONADIS. <https://www.conadisperu.gob.pe/notas-informativas/conadis-se-suma-a-la-campana-luz-azul-por-el-autismo-2016> (ultimo acceso 19 junio 2017).
5. Dirección Regional de Salud Tacna (DIRESA) Oficina de Informática, Telecomunicaciones y Estadística (OITE)
6. Canal Bedia R, García Primo P, Touriño Aguilera E, Santos Borgujo J, Martín Cilleros M, José Ferrari M, Martínez Velarte M, Guisuraga Fernández Z, Boada Muñoz L, Rey F, Franco Martín M, Fuentes Biggi J, Posada de la Paz M, La detección precoz del autismo. Psychosocial Intervention 2006; 15(1) Madrid.

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-05592006000100003 (ultimo acceso 06 julio 2017).

7. Robins DL, Casagrande K, Barton M, Chen CM, Dumont-Mathieu T, Fein D. Validation of the modified checklist for Autism in toddlers, revised with follow-up (M-CHAT-R/F). *Pediatrics*. 2014 Jan;133(1):37-45. DOI: 10.1542/peds.2013-1813. Epub 2013 Dec 23.
8. Hidalgo Medina DL. Propiedades psicométricas del cuestionario modificado de autismo en la infancia (M-CHAT) en dos instituciones educativas para un diagnóstico precoz de autismo. Tesis para Optar el Título de Licenciado en Psicología. Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2016.
9. Zalaquett F, Daniela; Schönstedt G, Marianne; Angeli, Milagros; Herrera C, Claudia; Moyano C, Andrea. Fundamentos de la intervención temprana en niños con trastornos del espectro autista. *Revista chilena de pediatría*. 86(2), 126-131, 2015
10. Gutierrez K, "Identificación temprana de trastornos del espectro autista". *Acta Neurobiológica Colombiana*. [Internet] 2016. [update 2016, mayo 27; citado marzo 2018], 32(3), 238-247, 2016. Disponible en: www.scielo.org.co/pdf/anco/v32n3/v32n3a11.pdf
11. Abdulai M. El rol del profesional de enfermería en el trastorno del espectro autista. Tesis de grado. Universidad Autónoma de Madrid; 2016-2017. Disponible en: https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/.../abduhai_ahmed_Manaltfg.pdf?...1

12. Nadel S., Poss J. E. (2007). Early detection of autism spectrum disorders: screening between 12 and 24 months of age. *J. Am. Acad. Nurse Pract.* 19 408–417. 10.1111/j.1745-7599.2007.00244.x [PubMed] [Cross Ref]
13. Zwaigenbaum L, Bauman M, Fein D, Pierce K, Buie T, Davis P, Newschaffer C, Robins D, Wetherby, Choueiri R, Kasari C, Stone W, Yirmiya N, Estes A, Hansen R., McPartland J, Natowicz M, Carter A, Granpeesheh D, Mailloux Z, Smith Roley S, Wagner S. Early Screening of Autism Spectrum Disorder: Recommendations for Practice and Research. *Pediatrics* Oct 2015, 136 (Supplement 1) S41-S59; DOI: 10.1542/peds.2014-3667D
14. Weis MC, Muro M, Bellomo F, Miralles E, Chantir G, Barbelli V, et al. "Proyecto piloto de prevalencia de TEA en la ciudad de Olavarría, Argentina" [Internet] Argentina: Programa Argentino para Niños, Adolescentes y Adultos con Condiciones del Espectro Autista; [updated 2016, junio; citado 2017 octubre]. Disponible en: <http://www.panaacea.org/investigacion/olavarria-proyecto-piloto-prevalencia-tea-la-ciudad-olavarria-argentina/>
15. Balbuena Rivera F. Brief historical review of autism. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* 2007; 27(2). http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352007000200006 (ultimo acceso 05 julio 2017).
16. Kanner L., "Autistic Disturbances of Affective Contact". En Artigas-Pallaresa J, Isabel Paulab I., *Autism 70 years after Leo Kanner and Hans Asperger.* *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría,* 2012; 32(115).

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352012000300008. (ultimo acceso 06 julio 2017).

17. Kanner L. The conception of wholes and parts in early infantile autism. En Garrabé de Lara Jean. El autismo: Historia y clasificaciones. Salud Ment [Internet]. 2012 jun [citado 2017 Nov 09]; 35(3): 257-261. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252012000300010&lng=es
18. Bettelheim B. La fortaleza vacía: autismo infantil y nacimiento del yo. 1º ed, Argentina: Paidós, 2012.
19. Bosch G, Infantile autism - a clinical and phenomenological anthropological investigation taking language as the guide. Berlin: Springer, 1970.
20. Medina MP, et al. Neurodesarrollo infantil: características normales y signos de alarma en el niño menor de cinco años. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública, [S.l.], p. 565-573, sep. 2015. ISSN 1726-4642. Disponible en: <http://www.rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/1693/1776>. Fecha de acceso: 09 nov. 2017 doi: <http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2015.323.1693>.
21. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Trastornos del espectro autista. [Internet]. SQF 15-5511. Estados Unidos: Instituto Nacional de la Salud Mental; [update 2016 septiembre, citado 2017 octubre]. Disponible en:

<https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/trastornos-del-espectro-autista/index.shtml>

22. Centro Nacional de Defectos Congénitos y Discapacidades del Desarrollo de los CDC. Información básica sobre el trastorno del espectro autista. [Internet]. Estados Unidos: Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades; [update 2014, septiembre 16; citado 2017 octubre]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/ncbddd/spanish/autism/facts.html>
23. National Institute of Mental Health. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. [Internet]. Estados Unidos: NIH Num SQF 155511; traducida en setiembre del 2016; acceso julio 2017. <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/trastornos-del-espectro-autista/index.shtml>
24. Palomo Seldas R. DSM-5: la nueva clasificación de los TEA.S.f.:1-5
25. Baron-Cohen, S., Leslie, A. M., & Frith, U. (1985). Does the autistic child have a 'theory of mind'? *Cognition*, 21, 37-46.
26. Baron-Cohen, S., Leslie, A. M., & Frith, U. (1986). Mechanical, behavioural and Intentional understanding of picture stories in autistic children. *British Journal of Developmental Psychology*, 4, 113-125.
27. Pennington BF, Executive unctions and developmental psychopathology [abstract]. *J Child Psychol Psychiatry*. 1996. Enero; 37(1): 51-87. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/m/pubmed/8655658/>

28. Baird, G., Charman, T., Baron Cohen, S., Cox, A., Swettenham, J., Wheelwright, S., et al. (2000). A screening instrument for autism at 18 months of age: A 6-year follow-up study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39(6), 694-702.
29. Díaz-Atienza F, García C, Martín A. Diagnóstico precoz de los Trastornos Generalizados del Desarrollo. *Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente*, 2004, 4(2): 127-144
30. Robins, D, Fein L, Barton M, y Green JA. (2001). The Modified Checklist for Autism in Toddlers: An initial study investigating the early detection of autism and pervasive developmental disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 31(2), 131-144.
31. Robins D, Casagrande K, Barton M, et al. Validation of the Modified Checklist for Autism in Toddlers, Revised with Follow-up (M-CHAT-R/F). (2014). *Pediatrics*. 133(1), 37-45
32. Baron-Cohen S, et al. (2002).: Development of a new screening instrument for autism spectrum disorders - the Q-CHAT. Paper presented at the International Meeting for Autism Research. Orlando, FL, 2002
33. Viñes J.J. La efectividad de la detección precoz de las enfermedades. *Anales Sis San Navarra [Internet]*. 2007 Abr [citado 2018 Jun 01]; 30(1): 11-27. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272007000100002&lng=es

34. Infobae. Una mirada profunda sobre el autismo ¿Por qué está en aumento?. Infobae Argentina
<https://www.infobae.com/2015/04/18/1722286-una-mirada-profunda-el-autismo-por-que-esta-aumento/> (ultimo acceso 25 julio 2017)
35. Limon A., Importance of early detection in autism spectrum disorder. *Gac Med Mex.* 143(3),187, 2007.
36. Manzone L., en su estudio Adaptación y validación del MODIFIED CHECKLIST FOR AUTISM IN TODDLER en la población urbana argentina. *Psicodebate* 2013; 13: 79-105.
37. C. Talero-Gutiérrez*, M. Rodríguez, D. De La Rosaa, G. Moralesb y A. Vélez-Van-Meerbekea. Caracterización de niños y adolescentes con trastornos del espectro autista en una institución de Bogotá, Colombia. *Neurología.* 2012;27(2):90—96.

ANEXOS

ANEXO N° 01

MATRIZ DE CONSISTENCIA

TÍTULO	PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	OPERACIONALIZACIÓN						DISEÑO METODOLÓGICO	
				VARIABLE	DEFINICION Conceptual	DIMENSION	INDICADORES	ITEMS	ESCALA VALORATIVA		NIVEL DE MEDICION
Detección de signos de alarma del Trastorno del Espectro Autista en niños menores de 36 meses. C.S. San Francisco, Tacna - 2017	¿Cuáles son los signos de alarma del Trastorno del Espectro Autista presentes en niños menores de 36 meses de edad del C.S. San Francisco, Tacna - 2017?	<p>GENERAL</p> <p>Analizar la detección de signos de alarma del Trastorno del Espectro Autista en niños menores de 36 meses de edad que han sido diagnosticados con riesgo o trastornos del desarrollo en los controles de crecimiento y desarrollo pertenecientes al C.S. San Francisco, Tacna – 2017.</p>	<p>Hi:</p> <p>La detección de signos de alarma del Trastorno del Espectro Autista en niños menores de 36 meses es significativa.</p> <p>Ho:</p> <p>La detección de signos de alarma del Trastorno del Espectro Autista en niños menores de 36 meses no es significativa.</p>	Detección de signos de alarma del Trastorno del Espectro Autista	<p>Acción de identificar un conjunto de conductas atípicas que determinan la posible existencia del Trastorno del Espectro Autista, viéndose afectadas las áreas: social, de lenguaje y motora. que varían en grados de intensidad, edad, entre cada persona.</p>	<p>Déficits persistentes en comunicación social e interacción social</p>	<p>Déficits en reciprocidad socio-emocional</p>	<p>Ítem 12</p> <p>Ítem 18</p> <p>Ítem 19</p>	RIESGO	Ordinal	<p>Tipo y diseño:</p> <p>La investigación cuantitativa, es de tipo exploratoria, no experimental, de tipo transversal.</p> <p>Población: 288 niños</p> <p>Muestra: 133 niños</p> <p>Muestreo: Probabilístico sistemático</p> <p>Procesamiento de datos: SPSS V. 20.0 EXCEL 2016</p>
		<p>ESPECÍFICOS</p> <p>Identificar signos de alarma del Trastorno del Espectro Autista mediante la aplicación del instrumento M-CHAT-R en niños menores de 36 meses.</p> <p>Identificar según el sexo y edad, signos de alarma del Trastorno del Espectro Autista de los niños de estudio.</p> <p>Determinar el nivel de riesgo del Trastorno del Espectro Autista en niños menores de 36 meses.</p>					<p>Déficits en conductas comunicativas no verbales usadas en la interacción social</p>	<p>Ítem 1</p> <p>Ítem 6</p> <p>Ítem 7</p> <p>Ítem 14</p> <p>Ítem 16</p> <p>Ítem 17</p> <p>Ítem 20</p>			
						<p>Déficits para desarrollar, mantener y comprender relaciones</p>	<p>Ítem 8</p> <p>Ítem 9</p> <p>Ítem 10</p>	<p>MEDIO:</p> <p>Puntuación: 3-7</p>			
					<p>Patrones repetitivos y restringidos de conductas, actividades e intereses</p>	<p>Movimientos motores, uso de objetos o habla estereotipados o repetitivos</p>	<p>Ítem 3</p> <p>Ítem 4</p> <p>Ítem 5</p> <p>Ítem 13</p> <p>Ítem 15</p>	<p>ALTO:</p> <p>Puntuación: 8-20.</p>			
						<p>Insistencia en la igualdad, adherencia inflexible a rutinas o patrones de comportamiento verbal y no verbal ritualizado</p>					
						<p>Intereses altamente restringidos, obsesivos, que son anormales por su intensidad o su foco</p>					
						<p>Hiper- o hipo-reactividad sensorial o interés inusual en aspectos sensoriales del entorno</p>	<p>Ítem 2</p> <p>Ítem 12</p>				

ANEXO N° 02

INSTRUMENTO CUESTIONARIO “M-CHAT R”

DATOS GENERALES:

- 1) EDAD:
- 2) SEXO: Femenino () Masculino ()
- 3) ¿Quién cuida al menor?
 - Mamá () - Hermanos ()
 - Papá () - Tío, abuela, primo, otro familiar ()
 - Otros (especificar):

INSTRUCCIONES

Estimado(a) padre de familia, el presente cuestionario ha sido creado para recolectar datos importantes para la investigación, se le garantiza el anonimato de la información brindada.

Marque con un ASPA (x) en la alternativa que considere adecuada a su situación:

N°	ÍTEMS	SÍ	NO
1.	Si usted señala algo al otro lado de la habitación, ¿su hijo/a lo mira? (POR EJEMPLO, Si usted señala a un juguete, un peluche o un animal, ¿su hijo/a lo mira?)	SÍ	NO
2.	¿Alguna vez se ha preguntado si su hijo/a es sordo/a?	SÍ	NO
3.	¿Su hijo/a juega juegos de fantasía o imaginación? (POR EJEMPLO, “hace como que” bebe de una taza vacía, habla por teléfono o da de comer a una muñeca o peluche, etc.)	SÍ	NO
4.	¿A su hijo le gusta subirse a cosas? (POR EJEMPLO, a una silla, escaleras, o tobogán, etc.)	SÍ	NO
5.	¿Hace su hijo/a movimientos inusuales con sus dedos cerca de sus ojos? (¿POR EJEMPLO, mueve sus dedos cerca de sus ojos de manera inusual?)	SÍ	NO
6.	¿Su hijo/a señala con un dedo cuando quiere pedir algo o pedir ayuda? (POR EJEMPLO, ¿señala un juguete o algo de comer que está fuera de su alcance?)	SÍ	NO
7.	Su hijo/a señala con un dedo cuando quiere mostrarle algo que le llama la atención? (POR EJEMPLO, señala un avión en el cielo o un camión muy grande en la calle)	SÍ	NO
8.	¿Su hijo/a se interesa en otros niños? (¿POR EJEMPLO, mira con atención a otros niños, les sonrío o se les acerca?)	SÍ	NO
9.	¿Su hijo/a le muestra cosas acercándolas o levantándolas para que usted las vea – no para pedir ayuda sino solamente para compartirlas con usted? (POR EJEMPLO, le muestra una flor o un peluche o un coche de juguete)	SÍ	NO

10.	¿Su hijo/a responde cuando usted le llama por su nombre? (POR EJEMPLO, ¿se vuelve, habla o balbucea, o deja de hacer lo que estaba haciendo para mirarle?)	SÍ	NO
11.	¿Cuándo usted sonrío a su hijo/a, él o ella también le sonrío?	SÍ	NO
12.	¿Le molestan a su hijo/a ruidos cotidianos? (POR EJEMPLO, ¿la aspiradora o la música, incluso cuando está no está excesivamente alta?)	SÍ	NO
13.	¿Su hijo/a camina solo?	SÍ	NO
14.	¿Su hijo/a le mira a los ojos cuando usted le habla, juega con él o ella, o lo viste?	SÍ	NO
15.	¿Su hijo/a imita sus movimientos? (POR EJEMPLO, ¿decir adiós con la mano, aplaudir o algún ruido gracioso que usted haga?)	SÍ	NO
16.	Si usted se gira a ver algo, ¿su hijo/a trata de mirar hacia lo que usted está mirando?	SÍ	NO
17.	¿Su hijo/a intenta que usted le mire/preste atención? (POR EJEMPLO, busca que usted le haga un cumplido, o le dice "mira" ó "mírame")	SÍ	NO
18.	¿Su hijo/a le entiende cuando usted le dice que haga algo? (POR EJEMPLO, si usted no hace gestos, ¿su hijo/a entiende "pon el libro encima de la silla" o "tráeme la manta"?)	SÍ	NO
19.	Si algo nuevo sucede, ¿su hijo/a le mira para ver como usted reacciona al respecto? (POR EJEMPLO, si oye un ruido extraño o ve un juguete nuevo, ¿se gira a ver su cara?)	SÍ	NO
20.	Le gustan a su hijo/a los juegos de movimiento? (POR EJEMPLO, le gusta que le balancee, o que le haga "el caballito" sentándole en sus rodillas)	SÍ	NO

Agradezco su tiempo y colaboración.

ANEXO N° 03

CONSENTIMIENTO INFORMADO

A través del presente documento expreso mi voluntad de participar en la investigación titulada: “DETECCIÓN DE SIGNOS DE ALARMA DEL TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA EN NIÑOS MENORES DE 36 MESES, C.S. SAN FRANCISCO, TACNA, 2017”.

Habiendo sido informado(a) del propósito de la misma, así como de los objetivos y teniendo la confianza plena de que la información que se vierte en el instrumento será usada exclusivamente para fines de la investigación en mención, además confío de que la investigación utilizará adecuadamente dicha información asegurándose la máxima confiabilidad.

Firma del encuestado

ANEXO N° 04

VALIDEZ Y CONFIABILIDAD

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO (ENCUESTAS MEDIANTE EL CRITERIO DE EXPERTOS)

INSTRUCCIONES:

El presente documento, tiene como objetivo el de recoger informaciones útiles de personas especializadas en el tema:

“DETECCIÓN DE SIGNOS DE ALARMA DEL TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA EN NIÑOS MENORES DE 36 MESES, C.S. SAN FRANCISCO, TACNA – 2017”

Se compone de 10 ítems, los que se acompañan con su respectiva escala de estimación que significa lo siguiente:

1. Representa una ausencia de elementos que absuelven la interrogante planteada.
2. Representa una abolición escasa de la interrogante.
3. Significa la absolución del ítem en términos intermedios.
4. Representa estimación que el trabajo de investigación absuelve en gran medida la interrogante planteada.
5. Representa el mayor valor de escala y debe ser asignado cuando se aprecia que el ítem es absuelto por el trabajo de investigación de manera totalmente suficiente.

**VALIDACIÓN DE JUICIO DE EXPERTO DEL INSTRUMENTO
DE INVESTIGACIÓN**

I. DATOS GENERALES:

- 1.1. Apellidos y nombres del experto: Edad:
- 1.2. Institución donde labora/cargo:
- 1.3. Título profesional:
- 1.4. Grado académico: Mención en:
- 1.5. Título de la investigación
.....
.....

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

N°	INDICADORES	CRITERIOS	DEFICIENTE	BAJA	REGULAR	BUENA	MUY BUENA
			0-19	20-39	40-59	60-79	80-100
1.	CLARIDAD DE LA REDACCIÓN	Esta formulado con lenguaje apropiado y entendible					
2.	OBJETIVIDAD	Esta expresado en conductas observables y medibles hacia los objetivos de la investigación					
3.	PERTINENCIA	Es útil y adecuado, las preguntas están relacionadas al tema de investigación.					
4.	ORGANIZACIÓN	Hay secuencia lógica en las preguntas.					
5.	SUFICIENCIA	El número de preguntas es adecuado y tiene calidad en la transmisión de las mismas.					
6.	INTENCIONALIDAD	El conjunto de ítems del cuestionario cumple en: Registrar, estructurar las funciones, finalidad, organización, tipo de preguntas, características y naturaleza, utilizando las estrategias científicas para alcanzar las metas del estudio de investigación.					
7.	CONSISTENCIA	Existe solidez Y coherencia entre sus preguntas en función al avance de la ciencia de la salud, basado en aspectos teóricos científicos.					

8.	COHERENCIA INTERNA	Entre dimensiones, indicadores, ítems, escala y nivel de medición de las variables de estudio de la investigación.					
9.	METODOLOGÍA	Los ítems responden a la temática de estudio que está en relación al proceso del Método Científico (proceso de la investigación).					
10.	INDUCCIÓN A LA RESPUESTA (CALIDAD)	Entre la comprensión del ítem y la expresión de la respuesta.					
11.	LENGUAJE	Esta acorde al nivel del que será entrevistado.					

1. Opinión de aplicabilidad:

a. Deficiente b. Baja c. Regular d. Buena e. Muy buena

2. Promedio de valoración

3. Fecha y lugar

4. Observaciones: General (si debe eliminarse o modificarse un ítem, por favor, indique)

.....

.....

.....

FIRMA DEL EXPERTO

DNI:

VALIDACIÓN DE JUICIO DE EXPERTO DEL INSTRUMENTO

DE INVESTIGACIÓN

I. DATOS GENERALES:

- 1.1. Apellidos y nombres del experto: Mayarte Zapata, Yizza Paola
 Edad: 33...
- 1.2. Institución donde labora/cargo: 2o KOLOB.....
- 1.3. Título profesional: Educación Inicial.....
- 1.4. Grado académico: Magister..... Mención en: Evaluación y Acreditación de la Evaluación Educativa.
- 1.5. Título de la investigación

"DETECCIÓN DE SIGNOS DE ALARMA DEL TRASTORNO DEL ESPECTRO
 AUTISTA EN NIÑOS MENORES DE 36 MESES, C.S. SAN FRANCISCO, TACNA –
 2017"

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

N°	INDICADORES	CRITERIOS	DEFICIENTE	BAJA	REGULAR	BUENA	MUY BUENA
			0-19	20-39	40-59	60-79	80-100
1.	CLARIDAD DE LA REDACCIÓN	Esta formulado con lenguaje apropiado y entendible					/
2.	OBJETIVIDAD	Esta expresado en conductas observables y medibles hacia los objetivos de la investigación					/
3.	PERTINENCIA	Es útil y adecuado, las preguntas están relacionadas al tema de investigación.					/
4.	ORGANIZACIÓN	Hay secuencia lógica en las preguntas.					/
5.	SUFICIENCIA	El número de preguntas es adecuado y tiene calidad en la transmisión de las mismas.					/
6.	INTENCIONALIDAD	El conjunto de ítems del cuestionario cumple en: Registrar, estructurar las funciones, finalidad, organización, tipo de preguntas, características y naturaleza, utilizando las estrategias científicas para alcanzar las metas del estudio de investigación.					/
7.	CONSISTENCIA	Existe solidez Y coherencia entre sus preguntas en función al avance de la ciencia de la salud, basado en aspectos teóricos científicos.					/
8.	COHERENCIA INTERNA	Entre dimensiones, indicadores, ítems, escala y nivel de medición de las variables de estudio de la investigación.					/
9.	METODOLOGÍA	Los ítems responden a la temática de estudio que está en relación al proceso del Método Científico (proceso de la investigación).					/
10.	INDUCCIÓN A LA RESPUESTA (CALIDAD)	Entre la comprensión del ítem y la expresión de la respuesta.					/
11.	LENGUAJE	Esta acorde al nivel del que será entrevistado.					/

VALIDACIÓN DE JUICIO DE EXPERTO DEL INSTRUMENTO

DE INVESTIGACIÓN

I. DATOS GENERALES:

- 1.1. Apellidos y nombres del experto: Mannique Tejada Ingrid Maria
 Edad: 52 años
- 1.2. Institución donde labora/cargo: UNJBB - FACS - ESEN
- 1.3. Título profesional: Licenciada en Enfermería
- 1.4. Grado académico: Doctora Mención en: Ciencias de Enfermería
- 1.5. Título de la investigación

"DETECCIÓN DE SIGNOS DE ALARMA DEL TRASTORNO DEL ESPECTRO
 AUTISTA EN NIÑOS MENORES DE 36 MESES, C.S. SAN FRANCISCO, TACNA -
 2017"

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

N°	INDICADORES	CRITERIOS	DEFICIENTE	BAJA	REGULAR	BUENA	MUY BUENA
			0-19	20-39	40-59	60-79	80-100
1.	CLARIDAD DE LA REDACCIÓN	Esta formulado con lenguaje apropiado y entendible					/
2.	OBJETIVIDAD	Esta expresado en conductas observables y medibles hacia los objetivos de la investigación					/
3.	PERTINENCIA	Es útil y adecuado, las preguntas están relacionadas al tema de investigación.					/
4.	ORGANIZACIÓN	Hay secuencia lógica en las preguntas.					/
5.	SUFICIENCIA	El número de preguntas es adecuado y tiene calidad en la transmisión de las mismas.				/	
6.	INTENCIONALIDAD	El conjunto de ítems del cuestionario cumple en: Registrar, estructurar las funciones, finalidad, organización, tipo de preguntas, características y naturaleza, utilizando las estrategias científicas para alcanzar las metas del estudio de investigación.				/	/
7.	CONSISTENCIA	Existe solidez Y coherencia entre sus preguntas en función al avance de la ciencia de la salud, basado en aspectos teóricos científicos.					/
8.	COHERENCIA INTERNA	Entre dimensiones, indicadores, ítems, escala y nivel de medición de las variables de estudio de la investigación.					/
9.	METODOLOGÍA	Los ítems responden a la temática de estudio que está en relación al proceso del Método Científico (proceso de la investigación).					/
10.	INDUCCIÓN A LA RESPUESTA (CALIDAD)	Entre la comprensión del ítem y la expresión de la respuesta.					/
11.	LENGUAJE	Esta acorde al nivel del que será entrevistado.					/

1. Opinión de aplicabilidad:

- A. Deficiente
- B. Baja
- C. Regular
- D. Buena
- E. Muy buena

2. Promedio de valoración

3. Fecha y lugar

4. Observaciones: General (si debe eliminarse o modificarse un ítem, por favor, indique)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



FIRMA DEL EXPERTO
DNI: 29308393

VALIDACIÓN DE JUICIO DE EXPERTO DEL INSTRUMENTO

DE INVESTIGACIÓN

I. DATOS GENERALES:

- 1.1. Apellidos y nombres del experto: Hurtado Quispe Vidal
 Edad: 55
- 1.2. Institución donde labora/cargo: C.S. Metropolitano
- 1.3. Título profesional: Psicólogo / Especialista Psicología Clínica
- 1.4. Grado académico: Mención en:
- 1.5. Título de la investigación
 "DETECCIÓN DE SIGNOS DE ALARMA DEL TRASTORNO DEL ESPECTRO
 AUTISTA EN NIÑOS MENORES DE 36 MESES, C.S. SAN FRANCISCO, TACNA -
 2017"

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

N°	INDICADORES	CRITERIOS	DEFICIENTE	BAJA	REGULAR	BUENA	MUY BUENA
			0-19	20-39	40-59	60-79	80-100
1.	CLARIDAD DE LA REDACCIÓN	Esta formulado con lenguaje apropiado y entendible				X	
2.	OBJETIVIDAD	Esta expresado en conductas observables y medibles hacia los objetivos de la investigación				X	
3.	PERTINENCIA	Es útil y adecuado, las preguntas están relacionadas al tema de investigación.				X	
4.	ORGANIZACIÓN	Hay secuencia lógica en las preguntas.				X	
5.	SUFICIENCIA	El número de preguntas es adecuado y tiene calidad en la transmisión de las mismas.				X	
6.	INTENCIONALIDAD	El conjunto de ítems del cuestionario cumple en: Registrar, estructurar las funciones, finalidad, organización, tipo de preguntas, características y naturaleza, utilizando las estrategias científicas para alcanzar las metas del estudio de investigación.				X	
7.	CONSISTENCIA	Existe solidez Y coherencia entre sus preguntas en función al avance de la ciencia de la salud, basado en aspectos teóricos científicos.				X	
8.	COHERENCIA INTERNA	Entre dimensiones, indicadores, ítems, escala y nivel de medición de las variables de estudio de la investigación.				X	
9.	METODOLOGÍA	Los ítems responden a la temática de estudio que está en relación al proceso del Método Científico (proceso de la investigación).				X	
10.	INDUCCIÓN A LA RESPUESTA (CALIDAD)	Entre la comprensión del ítem y la expresión de la respuesta.				X	
11.	LENGUAJE	Esta acorde al nivel del que será entrevistado.				X	

1. Opinión de aplicabilidad:

- A. Deficiente
- B. Baja
- C. Regular
- D. Buena
- E. Muy buena

2. Promedio de valoración

3. Fecha y lugar

4. Observaciones: General (si debe eliminarse o modificarse un ítem, por favor, indique)

...Es un instrumento estandarizado de uso por profesional de la salud, y como no es de diagnóstico mas bien un indicador de riesgo que requiere de mayor atención



Ps. Vidal E. Hurtado Quispe
FIRMA DEL EXPERTO
DNI:

VALIDACIÓN DE JUICIO DE EXPERTO DEL INSTRUMENTO

DE INVESTIGACIÓN

I. DATOS GENERALES:

- 1.1. Apellidos y nombres del experto: Oración DÍAZ Gloria Jacma
 Edad: 59 años
- 1.2. Institución donde labora/cargo: C.S. Metropolitano - MINSA
- 1.3. Título profesional: Enfermera
- 1.4. Grado académico: Bachiller Mención en: _____
- 1.5. Título de la investigación
 "DETECCIÓN DE SIGNOS DE ALARMA DEL TRASTORNO DEL ESPECTRO
 AUTISTA EN NIÑOS MENORES DE 36 MESES, C.S. SAN FRANCISCO, TACNA -
 2017"
de ... a 36 meses.

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

N°	INDICADORES	CRITERIOS	DEFICIENTE	BAJA	REGULAR	BUENA	MUY BUENA
			0-19	20-39	40-59	60-79	80-100
1.	CLARIDAD DE LA REDACCIÓN	Esta formulado con lenguaje apropiado y entendible					✓
2.	OBJETIVIDAD	Esta expresado en conductas observables y medibles hacia los objetivos de la investigación					✓
3.	PERTINENCIA	Es útil y adecuado, las preguntas están relacionadas al tema de investigación.					✓
4.	ORGANIZACIÓN	Hay secuencia lógica en las preguntas.					✓
5.	SUFICIENCIA	El número de preguntas es adecuado y tiene calidad en la transmisión de las mismas.					✓
6.	INTENCIONALIDAD	El conjunto de ítems del cuestionario cumple en: Registrar, estructurar las funciones, finalidad, organización, tipo de preguntas, características y naturaleza, utilizando las estrategias científicas para alcanzar las metas del estudio de investigación.					✓
7.	CONSISTENCIA	Existe solidez Y coherencia entre sus preguntas en función al avance de la ciencia de la salud, basado en aspectos teóricos científicos.					✓
8.	COHERENCIA INTERNA	Entre dimensiones, indicadores, ítems, escala y nivel de medición de las variables de estudio de la investigación.					✓
9.	METODOLOGÍA	Los ítems responden a la temática de estudio que está en relación al proceso del Método Científico (proceso de la investigación).					✓
10.	INDUCCIÓN A LA RESPUESTA (CALIDAD)	Entre la comprensión del ítem y la expresión de la respuesta.					✓
11.	LENGUAJE	Esta acorde al nivel del que será entrevistado.					✓

1. Opinión de aplicabilidad:

A. Deficiente

B. Baja

C. Regular

D. Buena

E. Muy buena ... ✓

2. Promedio de valoración

3. Fecha y lugar

4. Observaciones: General (si debe eliminarse o modificarse un ítem, por favor, indique)

Considerar la edad precisa del grupo de estudio.

FIRMA DEL EXPERTO

DNI: 00401905

VALIDACIÓN DE JUICIO DE EXPERTO DEL INSTRUMENTO

DE INVESTIGACIÓN

I. DATOS GENERALES:

- 1.1. Apellidos y nombres del experto: Monales Torres, Anluisa U. Honorio
 Edad: 30 años
- 1.2. Institución donde labora/cargo: Municipalidad Provincial de Tacna /
- 1.3. Título profesional: Psicólogo Público Colegiado
- 1.4. Grado académico: Mención en:
- 1.5. Título de la investigación

"DETECCIÓN DE SIGNOS DE ALARMA DEL TRASTORNO DEL ESPECTRO
 AUTISTA EN NIÑOS MENORES DE 36 MESES, C.S. SAN FRANCISCO, TACNA -
 2017"

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

N°	INDICADORES	CRITERIOS	DEFICIENTE	BAJA	REGULAR	BUENA	MUY BUENA
			0-19	20-39	40-59	60-79	80-100
1.	CLARIDAD DE LA REDACCIÓN	Esta formulado con lenguaje apropiado y entendible					✓
2.	OBJETIVIDAD	Esta expresado en conductas observables y medibles hacia los objetivos de la investigación					✓
3.	PERTINENCIA	Es útil y adecuado, las preguntas están relacionadas al tema de investigación.					✓
4.	ORGANIZACIÓN	Hay secuencia lógica en las preguntas.				/	
5.	SUFICIENCIA	El número de preguntas es adecuado y tiene calidad en la transmisión de las mismas.				/	
6.	INTENCIONALIDAD	El conjunto de ítems del cuestionario cumple en: Registrar, estructurar las funciones, finalidad, organización, tipo de preguntas, características y naturaleza, utilizando las estrategias científicas para alcanzar las metas del estudio de investigación.				/	
7.	CONSISTENCIA	Existe solidez Y coherencia entre sus preguntas en función al avance de la ciencia de la salud, basado en aspectos teóricos científicos.					/
8.	COHERENCIA INTERNA	Entre dimensiones, indicadores, ítems, escala y nivel de medición de las variables de estudio de la investigación.					/
9.	METODOLOGÍA	Los ítems responden a la temática de estudio que está en relación al proceso del Método Científico (proceso de la investigación).					/
10.	INDUCCIÓN A LA RESPUESTA (CALIDAD)	Entre la comprensión del ítem y la expresión de la respuesta.				/	
11.	LENGUAJE	Esta acorde al nivel del que será entrevistado.					/

1. Opinión de aplicabilidad:

- A. Deficiente
- B. Baja
- C. Regular
- D. Buena
- E. Muy buena

2. Promedio de valoración

3. Fecha y lugar

4. Observaciones: General (si debe eliminarse o modificarse un ítem, por favor, indique)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....


FIRMA DEL EXPERTO
DNI: 47494596

PROCEDIMIENTO

1. Se construye una tabla como la adjunta, donde se coloca los puntajes por ítems y sus respectivos promedios:

Nº de ítem	Expertos					Promedio
	I	II	III	IV	V	
1	5	5	4	5	5	4,80
2	5	5	4	5	5	4,80
3	5	5	4	5	5	4,80
4	5	5	4	5	4	4,60
5	5	4	4	5	4	4,40
6	5	5	4	5	4	4,60
7	5	5	4	5	5	4,80
8	5	5	4	5	5	4,80
9	5	5	4	5	5	4,80
10	5	5	4	5	4	4,60
11	5	5	4	5	5	4,80

2. Con los promedios hallados se determina la distancia de puntos múltiples (DPP), mediante la siguiente ecuación:

$$\text{Donde DPP} = V(x - y_1) + (x - y_2) + \dots + (x - y_9)$$

Donde x= Valor máximo de la escala concebida para cada ítem (5).

Y = promedio de cada ítem.

En el presente trabajo la DPP es **1,06**

3. Determinar la distancia máxima (D máx.) del valor obtenido respecto al punto de referencia cero(o), con la ecuación.

$$\text{Donde DPP} = V(y_1 - 1) + (-y_2 - 1) + \dots + (y_9 - 1)$$

Y= valor máximo de la escala para cada ítem

El valor de los resultados es D máx.= **13,27**

4. Con éste último valor hallado se construye una nueva escala valorativa a partir de cero, hasta llegar a D máx. dividiéndose en intervalos iguales entre sí. Llamándose con las letras A, B, C, D, E.

Siendo:

Ay B : Adecuación total

C : Adecuación promedio

D : Escasa adecuación

E : Inadecuación

A

.....1,06.....

0 2,653

B

.....

2,654 5,307

C

.....

5,308 7,960

D

.....

7,961 10,613

E

.....

10,614 13,27

5. El punto DPP debe caer en las zonas A y B en caso contrario, la encuesta requiere reestructuración y o modificación, luego de los cuales se somete nuevamente a juicio de expertos. El valor DPP fue **1,06** cayendo en las zonas A y B lo cual significa una adecuación total del instrumento y que puede ser aplicado.

6. Calculo Mediante Excel:

DISTANCIA DE PUNTOS MÚLTIPLES
EVALUACIÓN POR EXPERTOS
 Cuestionario "M-CHAT-R/F"

Nº	EXPERTO I	EXPERTO II	EXPERTO III	EXPERTO IV	EXPERTO V	PROMEDIO	MAYOR PTS. (MPE) - (P)	(A)^2	(C)^2
1	5	5	4	5	5	4,80	0,20	0,04	16
2	5	5	4	5	5	4,80	0,20	0,04	16
3	5	5	4	5	5	4,80	0,20	0,04	16
4	5	5	4	5	4	4,60	0,40	0,16	16
5	5	4	4	5	4	4,40	0,60	0,36	16
6	5	5	4	5	4	4,60	0,40	0,16	16
7	5	5	4	5	5	4,80	0,20	0,04	16
8	5	5	4	5	5	4,80	0,20	0,04	16
9	5	5	4	5	5	4,80	0,20	0,04	16
10	5	5	4	5	4	4,60	0,40	0,16	16
11	5	5	4	5	5	4,80	0,20	0,04	16
TOTAL								1,12	176
								1,06	13,27
								DPP	DMAX

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

Control de calidad de datos

➤ Validez

El instrumentó fue validado por la autora a través del juicio y criterios de expertos que fueron: 2 enfermeras, 1 docente de inicial, un psicólogo y un estadístico.

➤ Prueba piloto

El instrumento utilizado presente investigación fue aplicado en una muestra de 15 cuidadores, se tomó en cuenta que la población tuviese características similares a la población objeto de estudio. Posteriormente se realizaron las modificaciones que se estimaron por convenientes en los diferentes ítems del instrumento.

El propósito de la prueba piloto es conocer la comprensión, practicidad y tiempo en la aplicación del instrumento, así como proporcionar las bases necesarias para las pruebas de validez y confiabilidad.

➤ Confiabilidad

El criterio de confiabilidad se determinó a través del coeficiente Alfa de Cronbach (índice de consistencia interna), mediante el método de la varianza, aplicado a la prueba piloto cuyos resultados fueron lo siguiente:

	CUESTIONARIO	Alfa de Cronbach	Nº de elementos
1	M – CHAT R	0,703	20

Considerando a Rosenthal (García 2005) propone una confiabilidad mínima de 0,50 para propósitos de investigación; También Vellis (García 2005) plantea que un nivel entre 0,70 a 0,80 es respetable y alrededor de 0,90 es un nivel elevado de confiabilidad. Por lo tanto, el instrumento es aplicable en la presente investigación.

ANEXO N° 05

CÁLCULO DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA

En el estudio, se utilizó una fórmula estadística para poblaciones finitas con un nivel de confianza del 95% y 5% de error absoluto.

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot q}{e^2(N-1) + Z^2 \cdot p \cdot q}$$

Donde

n= Es el tamaño de la muestra que deberá ser tomada de la población

N= Es el tamaño de la población (288)

e= Límite de error

Z= Nivel de confianza 95%

p= Es la proporción verdadera en la población de unidades en esa clase (probabilidad de éxito)

q= Proporción verdadera, en la población de unidades que no pertenece a esa clase (probabilidad de fracaso)

N=288

Z= 1,96

E=0,05

p= 0,8

q= 1-p = 0,2

Reemplazando

$$n = 132,88 = 133 \text{ muestra}$$

ANEXO N° 06

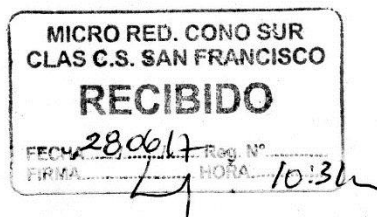
DOCUMENTOS ADMINISTRATIVOS

SOLICITO: INFORMACIÓN ESTADÍSTICA

SEÑOR:

C.D. ROBERTO FLORES TIPACTI

GERENTE CLAS C.S. SAN FRANCISCO



Yo, Leandra Karina Mamani Choque identificada con DNI N° 72472753, egresada de la escuela profesional de Enfermería de la UNJBG, ante Ud. con el debido respeto me presento y expongo:

Lo saludo cordialmente y manifiesto que, por motivos de investigación para realizar mi proyecto de tesis, solicito a usted información estadística sobre niños menores de 3 años que hayan presentado o presentan riesgo o trastorno del desarrollo acorde a edad, sexo, procedencia; así mismo solicito la población de niños pertenecientes al establecimiento.

POR LO EXPUESTO:

Segura de contar con vuestra amable atención y comprensión, pido acceder a mi petición.

Tacna, 28 de junio del 2017

Atentamente

Srta. Leandra Karina Mamani Choque

DNI N° 72472753



Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

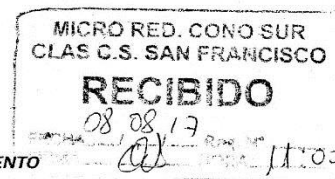


"AÑO DEL BUEN SERVICIO AL CIUDADANO"

OFICIO N° 499-2017-ESEN/FACS
Tacna, 2017 Agosto 04

CARGO

Señor:
C.D. Roberto Renee José Flores Tipacti
GERENTE GENERAL DEL C.S. SAN FRANCISCO
Presente.-



ASUNTO : AUTORIZACIÓN PARA APLICACIÓN DE INSTRUMENTO

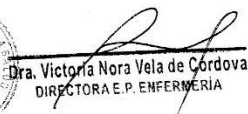
De mi consideración:

Por el presente me dirijo a Ud., con la finalidad de saludarlo y, a la vez hacer de su conocimiento que la Egr. **Leandra Mamani Choque**, viene ejecutando su proyecto de tesis titulada : **DETECCIÓN DE SIGNOS DE ALARMA DEL TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA EN NIÑOS MENORES DE 36 MESES, C.S. SAN FRANCISCO, TACNA – 2017**, según R.F. N°7593-2017-FACS-UNJBG, por lo que solicitamos su **AUTORIZACIÓN**, para que la mencionada Tesista, pueda aplicar los instrumentos a un promedio de 165 madres de niños menores de 03 años de edad, mediante la modalidad de visitas domiciliarias, aplicando las respectivas encuestas que ya fueron validadas, por lo que agradeceré se sirva brindarle las facilidades que sean necesarias para la ejecución de su mencionado proyecto.

Agradeciéndole por anticipado la atención que merezca el presente, reitero a Ud. mis saludos y estima personal.

Atentamente,




Dra. Victoria Nora Vela de Cordova
DIRECTORA E.P. ENFERMERÍA

Adj: Lo indicado

ANEXO N° 07

TABLA N°5

RESPUESTA A LA PREGUNTA N°02 CONSIDERADA CLAVE SEGÚN EDAD PARA EL RIESGO DEL TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA EN NIÑOS DE 16 A 30 MESES ATENDIDOS EN C.S. SAN FRANCISCO, TACNA – 2017

RESPUESTA	EDAD (MESES)															Total	
	P-02	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29		30
NO		5	8	5	7	4	4	2	2	3	7	6	4	3	5	7	72
SI		0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	2
Total		5	8	5	7	4	5	2	2	4	7	6	4	3	5	7	74

FUENTE: Formato simple Modified Checklist for Autism in Toddlers – Revised with Follow-Up (M-CHAT-R/F)

aplicado a los cuidadores de niños menores de 36 meses atendidos en el C.S. San Francisco, Tacna – 2017.

ELABORADO POR: Robins D, Fein D, & Barton M. (2009)

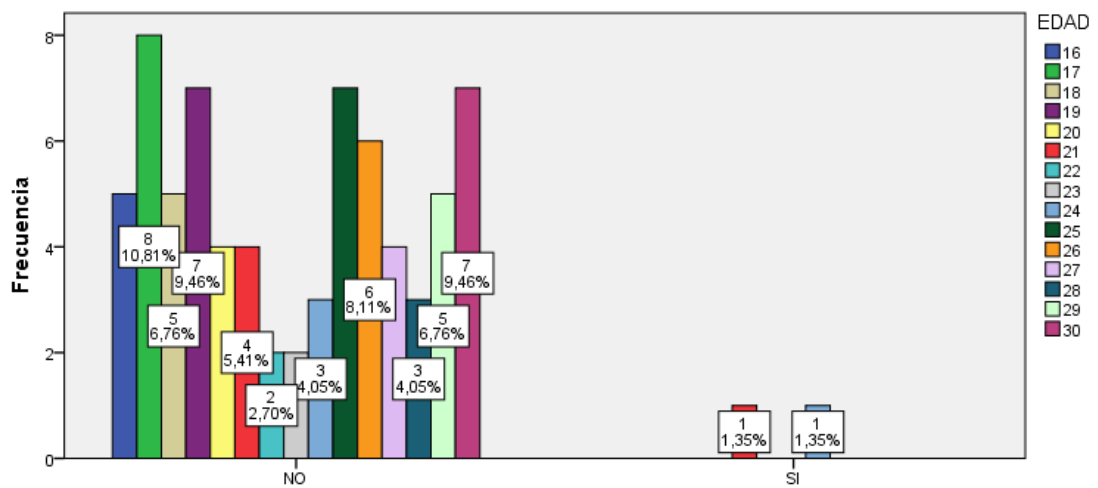
DESCRIPCIÓN:

La tabla muestra las respuestas frente al ítem clave N°2 “¿Alguna vez se ha preguntado si su hijo es sordo?” con puntaje en contra según la edad, en donde se encontró que un menor de 21 y otro de 24 meses respondieron de manera afirmativa frente al ítem.

GRÁFICO N°08

RESPUESTA A LA PREGUNTA N°02 CONSIDERADA CLAVE SEGÚN EDAD PARA EL RIESGO DEL TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA EN NIÑOS DE 16 A 30 MESES ATENDIDOS EN C.S. SAN FRANCISCO, TACNA – 2017

ÍTEM 2
¿Alguna vez se ha preguntado si su hijo es sordo?



Fuente: Tabla N° 5

TABLA N°6

RESPUESTA A LA PREGUNTA N°05 CONSIDERADA CLAVE SEGÚN EDAD PARA EL RIESGO DEL TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA EN NIÑOS DE 16 A 30 MESES ATENDIDOS EN C.S. SAN FRANCISCO, TACNA – 2017

PREGUNTA CLAVE N°5 SEGÚN EDAD

RESPUESTA	EDAD (MESES)														Total	
	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29		30
P-05																
NO	5	7	4	7	4	5	2	2	4	6	6	4	3	4	7	70
SI	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	4
Total	5	8	5	7	4	5	2	2	4	7	6	4	3	5	7	74

Fuente: Formato simple Modified Checklist for Autism in Toddlers – Revised with Follow-Up (M-CHAT-R/F)

aplicado a los cuidadores de niños menores de 36 meses atendidos en el C.S. San Francisco, Tacna – 2017.

Elaborado por: Robins D, Fein D, & Barton M. (2009)

DESCRIPCIÓN:

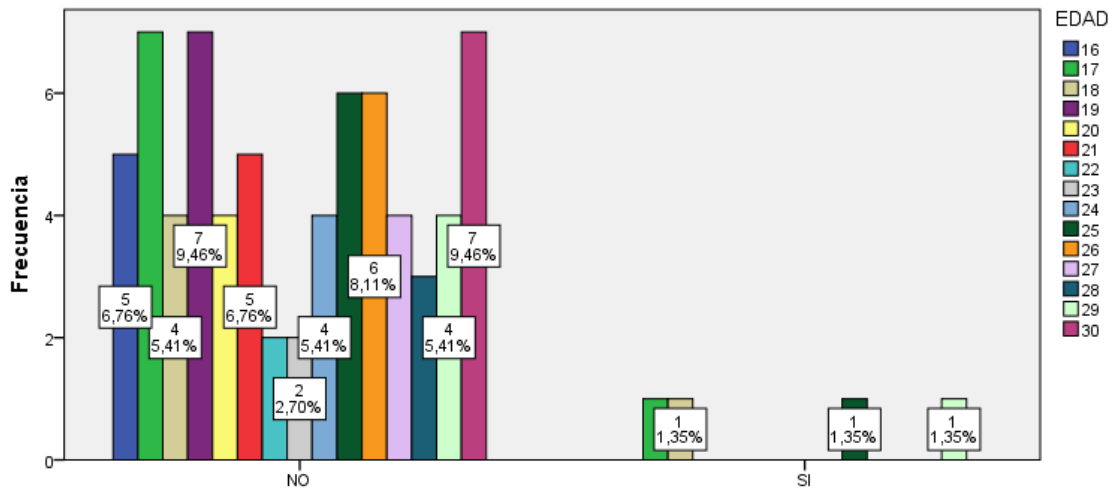
La tabla muestra las respuestas frente al ítem clave N°5 “¿Hace su hijo movimientos inusuales con sus dedos cerca de sus ojos?” con puntaje en contra según la edad, se encontró que, un menor de las edades de 17, 18, 25 y 29 meses respondieron de manera afirmativa frente al ítem.

GRÁFICO N°06

RESPUESTA A LA PREGUNTA N°05 CONSIDERADA CLAVE SEGÚN EDAD PARA EL RIESGO DEL TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA EN NIÑOS DE 16 A 30 MESES ATENDIDOS EN C.S. SAN FRANCISCO, TACNA – 2017

ÍTEM 5

¿Hace su hijo movimientos inusuales con sus dedos cerca de sus ojos?



Fuente: Tabla N° 6

TABLA N°7

RESPUESTA A LA PREGUNTA N°12 CONSIDERADA CLAVE SEGÚN EDAD PARA EL RIESGO DEL TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA EN NIÑOS DE 16 A 30 MESES ATENDIDOS EN C.S. SAN FRANCISCO, TACNA – 2017

PREGUNTA CLAVE N°12 SEGÚN EDAD

RESPUESTA	EDAD (MESES)															Total
	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
P-12																
NO	3	7	5	7	3	3	2	2	3	6	5	4	3	4	7	64
SI	2	1	0	0	1	2	0	0	1	1	1	0	0	1	0	10
Total	5	8	5	7	4	5	2	2	4	7	6	4	3	5	7	74

FUENTE: Formato simple Modified Checklist for Autism in Toddlers – Revised with Follow-Up (M-CHAT-R/F)

aplicado a los cuidadores de niños menores de 36 meses atendidos en el C.S. San Francisco, Tacna – 2017.

ELABORADO POR: Robins D, Fein D, & Barton M. (2009)

DESCRIPCIÓN:

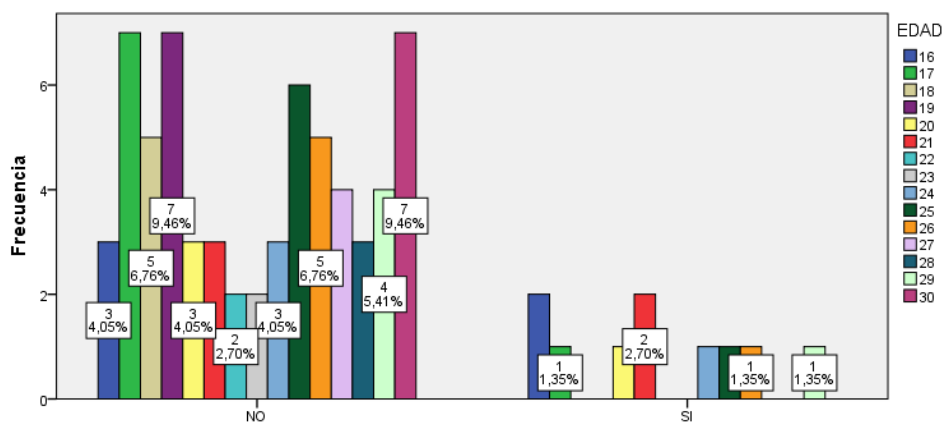
La tabla muestra las respuestas frente al ítem clave N°12 “¿Le molestan a su hijo ruidos cotidianos?” con puntaje en contra según la edad del menor, se encontraron en total 10 casos, dos en las edades de 16 y 21 meses, mientras que en las edades de 17, 20, 24, 25, 26 y 29 meses se encontraron un caso en cada una.

GRÁFICO N°7

RESPUESTA A LA PREGUNTA N°12 CONSIDERADA CLAVE SEGÚN EDAD PARA EL RIESGO DEL TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA EN NIÑOS DE 16 A 30 MESES ATENDIDOS EN C.S. SAN FRANCISCO, TACNA – 2017

ÍTEM 12

¿Le molestan a su hijo los ruidos cotidianos?



Fuente: Tabla N° 7

TABLA N°8

RESPUESTA A LA PREGUNTA N°02 CONSIDERADA CLAVE SEGÚN SEXO PARA EL RIESGO DEL TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA EN NIÑOS DE 16 A 30 MESES ATENDIDOS EN C.S. SAN FRANCISCO, TACNA – 2017

RESPUESTA	SEXO		Total
	FEMENINO	MAASCULINO	
P-02			
NO	30	42	72
SI	0	2	2
Total	30	44	74

FUENTE: Formato simple Modified Checklist for Autism in Toddlers – Revised with Follow-Up (M-CHAT-R/F) aplicado a los cuidadores de niños menores de 36 meses atendidos en el C.S. San Francisco, Tacna – 2017.

ELABORADO POR: Robins D, Fein D, & Barton M. (2009)

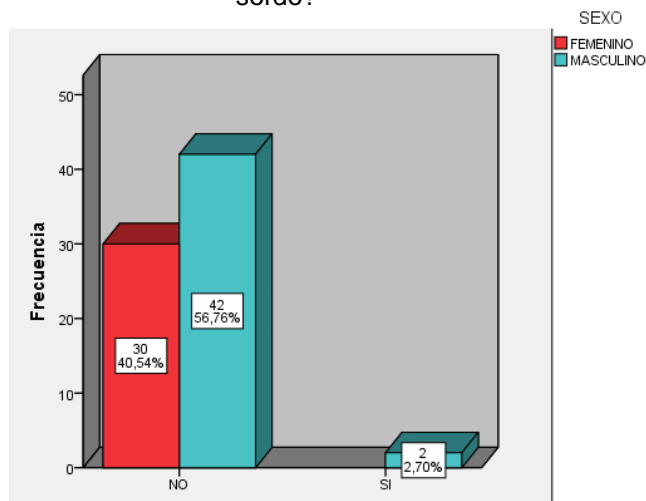
DESCRIPCIÓN:

La tabla muestra las respuestas frente al ítem clave N°2 “¿Alguna vez se ha preguntado si su hijo es sordo?” con puntaje en contra, según el sexo masculino 2 niños respondieron de manera afirmativa mientras que, según el sexo femenino no se encontró ningún caso.

GRÁFICO N°8

RESPUESTA A LA PREGUNTA N°02 CONSIDERADA CLAVE SEGÚN SEXO PARA EL RIESGO DEL TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA EN NIÑOS DE 16 A 30 MESES ATENDIDOS EN C.S. SAN FRANCISCO, TACNA – 2017

ÍTEM 2
¿Alguna vez se ha preguntado si su hijo es
sordo?



Fuente: Tabla N° 8

TABLA N°9

RESPUESTA A LA PREGUNTA N°05 CONSIDERADA CLAVE SEGÚN SEXO PARA EL RIESGO DEL TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA EN NIÑOS DE 16 A 30 MESES ATENDIDOS EN C.S. SAN FRANCISCO, TACNA – 2017

RESPUESTA	SEXO		Total
	FEMENINO	MAASCULINO	
P-05			
NO	29	41	70
SI	1	3	4
Total	30	44	74

Fuente: Formato simple Modified Checklist for Autism in Toddlers – Revised with Follow-Up (M-CHAT-R/F) aplicado a los cuidadores de niños menores de 36 meses atendidos en el C.S. San Francisco, Tacna – 2017.

Elaborado por: Robins D, Fein D, & Barton M. (2009)

DESCRIPCIÓN:

La tabla muestra las respuestas frente al ítem clave N°5 “¿Hace su hijo movimientos inusuales con sus dedos cerca de sus ojos?” con puntaje en contra, según el sexo masculino 3 niños respondieron de manera afirmativa mientras que, según el sexo femenino solo se encontró un caso.

GRÁFICO N°9

RESPUESTA A LA PREGUNTA N°05 CONSIDERADA CLAVE SEGÚN SEXO PARA EL RIESGO DEL TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA EN NIÑOS DE 16 A 30 MESES ATENDIDOS EN C.S. SAN FRANCISCO, TACNA – 2017



Fuente: Tabla N° 9

TABLA N°10

RESPUESTA A LA PREGUNTA N°12 CONSIDERADA CLAVE SEGÚN SEXO PARA EL RIESGO DEL TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA EN NIÑOS DE 16 A 30 MESES ATENDIDOS EN C.S. SAN FRANCISCO, TACNA – 2017

RESPUESTA P- 12	SEXO		Total
	FEMENINO	MASCULINO	
NO	29	35	64
SI	1	9	10
Total	30	44	74

Fuente: Formato simple Modified Checklist for Autism in Toddlers – Revised with Follow-Up (M-CHAT-R/F) aplicado a los cuidadores de niños menores de 36 meses atendidos en el C.S. San Francisco, Tacna – 2017.

Elaborado por: Robins D, Fein D, & Barton M. (2009)

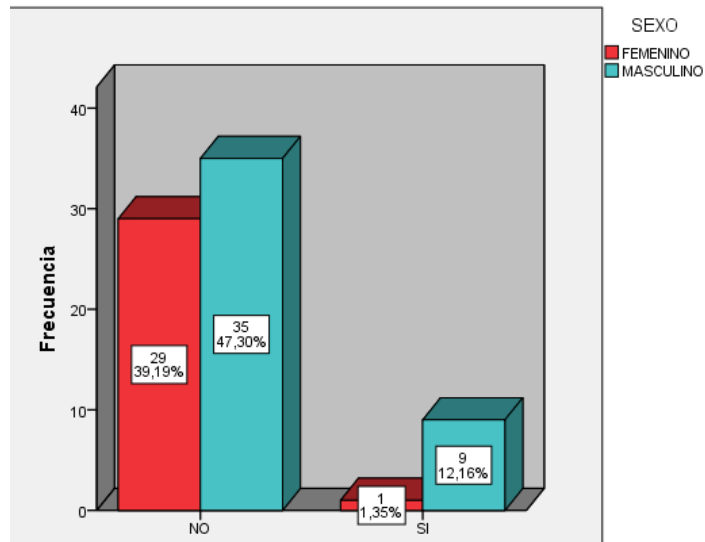
DESCRIPCIÓN:

La tabla muestra las respuestas frente al ítem clave N°12 “¿Le molestan a su hijo ruidos cotidianos?” con puntaje en contra, según el sexo masculino, 9 niños respondieron de manera afirmativa, mientras que, según el sexo femenino solo se encontró un caso.

GRÁFICO N°10

RESPUESTA A LA PREGUNTA N°12 CONSIDERADA CLAVE SEGÚN SEXO PARA EL RIESGO DEL TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA EN NIÑOS DE 16 A 30 MESES ATENDIDOS EN C.S. SAN FRANCISCO, TACNA – 2017

ÍTEM 12
¿Le molestan a su hijo los ruidos cotidianos?



Fuente: Tabla N° 10